EXTRAIT
DE LA
REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE
Nos 3 ET 4. — MARS ET AVRIL 1887

DES KYSTES ÉPIDERMIQUES DES DOIGTS

COMMUNICATION FAITE A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

PAR

JAQUES-L. REVERDIN
Membre associé étranger de la Société de Chirurgie de Paris.

GENEVE
IMPRIMERIE CHARLES SCHUCHARDT
1887

EXTRAIT DE LA **Revue médicale de la Suisse romande.**
N°s 3 et 4. — Mars et avril 1887.

Des kystes épidermiques des doigts,

Communication faite à la Société médicale de Genève,

Par Jaques-L. REVERDIN.

Messieurs,

Au mois de février 1886, un maréchal-ferrant venait me consulter pour une tumeur développée à la face dorsale du pouce au niveau de l'articulation des deux phalanges; cette tumeur arrondie, dure et élastique était apparue peu après un traumatisme, mon malade s'étant fait avec son marteau une petite plaie contuse à ce niveau; le diagnostic restait hésitant entre un fibrôme et un kyste synovial. A notre grande surprise la tumeur enlevée avait toutes les apparences d'un kyste sébacé; comme il n'y a pas de glandes sébacées dans cette région, l'idée me vint que le coup de marteau avait peut-être refoulé dans les tissus profonds un petit lambeau d'épiderme qui s'y serait greffé pour prendre plus tard la forme d'un kyste. Je m'aperçus bientôt que cette hypothèse ne m'appartenait pas, qu'elle avait été déjà formulée et discutée par F. Gross pour expliquer le développement de tumeurs analogues aux doigts, et je me mis avec d'autant plus d'intérêt à la recherche de faits semblables.

Je me souvins d'abord d'un malade opéré par moi en 1883 pour une tumeur analogue de la face palmaire du pouce; je l'interrogeai de nouveau, mais sans découvrir cette fois aucune origine traumatique à sa tumeur. Quelques recherches m'ont

permis de rassembler 30 autres cas de kystes des doigts ou de la paume de la main, dont quelques-uns, il est vrai, ne sont l'objet que d'une simple mention, mais dont plusieurs ont été soigneusement étudiés ; ce matériel me paraît suffisant pour chercher à élucider cette intéressante question.

Permettez-moi, avant d'aller plus loin, de vous relater mes deux observations par ordre de date ; la première est malheureusement incomplète, l'examen histologique n'ayant pas été fait ; grâce à l'obligeance du Dr Albert Mayor, la seconde a été complétée sous ce rapport :

Obs. I. — Descombes, Auguste, 64 ans, horloger.

M. D. se présente à moi en 1883 et me prie de le débarrasser d'une grosseur qui s'est développée depuis une année environ à la face palmaire de la seconde phalange du pouce gauche ; elle avait d'abord le volume d'une petite lentille, elle était dure, et paraissait fixe ; elle s'est développée peu à peu et a maintenant acquis le volume d'une petite noix ; elle n'est pas douloureuse spontanément, mais, un peu sensible à la pression, elle gêne beaucoup M. D. dans son métier d'horloger pour lequel il doit constamment serrer des objets précisément avec ce doigt. Il ne se souvient absolument pas s'être jamais blessé à ce doigt.

La tumeur parfaitement arrondie, élastique, est recouverte d'une peau assez épaisse, elle est mobile sur les parties sous-jacentes.

J'en pratique l'extirpation en détachant un lambeau demi-circulaire ; la tumeur s'énuclée facilement ; elle est absolument semblable à une loupe, formée d'une membrane assez épaisse, et d'un contenu blanchâtre qui à la périphérie est formé de lamelles superposées ; malheureusement elle n'a pas été examinée histologiquement.

Obs. II. — Mouchet, Jean-François, maréchal, demeurant à Chêne.

M. est âgé de 48 ans, il se présente à moi en février 1886, et me demande de le débarrasser d'une grosseur qui s'est développée sur la face dorsale du pouce gauche ; elle s'accroît peu à peu si bien qu'elle le gêne dans son travail ; il y a deux ans et demi vers la fin du mois de juillet il s'est donné sur ce pouce un coup de marteau ; il en est résulté une plaie contuse transversale siégeant à peu près exactement sur le pli principal de la face dorsale du pouce au niveau de l'articulation des deux phalanges ; il ne s'en est pas préoccupé du reste et a continué à travailler. Le gonflement qui s'est produit alors n'a jamais disparu et peu à peu il s'est développé à ce niveau une grosseur arrondie ; cette grosseur a augmenté graduellement d'abord, mais depuis cet hiver son accroissement est devenu beaucoup plus rapide et la tumeur est devenue douloureuse.

Juste au niveau de l'articulation, mais la débordant en avant, on trouve la peau, intacte du reste, sans changement de coloration, soulevée par une

tumeur parfaitement arrondie du volume d'une petite cerise, de consistance élastique, paraissant fluctuante, mais assez dure; la peau peut être pincée sur la tumeur et ne fait pas corps avec elle ; la tumeur est mobile sur les parties profondes, mais cette mobilité est cependant peu étendue ; la pression est un peu douloureuse, mais les douleurs ne s'irradient pas au loin. Les mouvements de la jointure sont libres.

Le diagnostic n'est pas très clair ; il semble bien que la tumeur est fluctuante et dans ce cas on pourrait penser peut-être à un kyste synovial, quoique je ne sache pas qu'il s'en développe dans ce point ; peut-être la fluctuation est-elle fausse et alors on peut supposer qu'il s'agit d'un fibrôme.

L'opération est pratiquée le 23 février 1886 ; je circonscris en avant la tumeur par un lambeau cutané arrondi que je dissèque ; j'isole la tumeur de toute part ; elle présente pendant la dissection les mêmes apparences que les kystes sébacés ; pendant la dissection elle se rompt et il s'échappe une matière blanchâtre grumeleuse, un peu jaunâtre, très analogue au contenu des kystes sébacés ; malgré la rupture, la poche est enlevée en entier.

Je retranche un peu de peau exubérante, fais deux points de suture, place un petit rouleau de makintosh comme drain ; pansement à la gaze iodoformée.

Le lendemain, 24, j'enlève le petit drain.

Pansements le 27, le 2 et le 5 mars ; réunion par première intention ; guérison complète le 6 mars.

A l'examen à l'œil nu, la tumeur est formée d'une membrane blanche, épaisse et d'un contenu grumeleux ; la paroi est tapissée de feuillets blanchâtres imbriqués les uns sur les autres.

Examen histologique fait par A. Mayor.

Le kyste du pouce qui m'a été remis par M. Reverdin est constitué par une paroi conjonctive doublée, sur sa face interne, d'une couche épithéliale.

A. La paroi conjonctive est formée par des trousseaux de fibres assez consistants, assez serrés les uns contre les autres, tantôt parallèles entre eux, tantôt entrecroisés en divers sens. On ne rencontre pas cependant, immédiatement sous l'épithélium, ces couches concentriques que l'on décrit dans les kystes dermoïdes et que Cornil et Ranvier comparent aux lames constituantes de la tunique artérielle.

Les cellules sont rares. Les vaisseaux également peu nombreux, à tunique simple. Les fibres élastiques semblent totalement absentes sauf tout à fait à la périphérie où l'on en rencontre quelques-unes. A la périphérie aussi, au niveau du point où le kyste avoisinait la surface de la peau, on rencontre quelques débris de glandes sudoripares : tubes dissociés, contenant des cellules glandulaires, disposées en plusieurs couches et plus ou moins altérées.

B. Quant à la couche d'épithélium elle se trouve au niveau de cette même région, composée des divers éléments que l'on rencontre dans l'épiderme normal : couche de cellules allongées, cylindroïdes, granuleuses, épithélium de Malpighi avec prolongements anastomosés, couche granuleuse dont les cellules contiennent de l'éléïdine, enfin couche cornée. Un prolongement de cet épiderme ainsi constitué se porte vers la périphérie c'est-à-dire du côté où le kyste affleurait à la peau. Mais si l'on suit au contraire la paroi même du kyste en s'enfonçant dans la profondeur, on remarque les modifications suivantes de la couche épidermique : Les cellules allongées s'inclinent graduellement sur leur surface d'implantation au point de lui devenir parallèles. Les cellules de Malpighi s'aplatissent également de plus en plus et leurs prolongements deviennent moins distincts. Elles sont recouvertes d'un stratum lucidum contenant de l'éléïdine, puis d'une couche cornée colorée en jaune vif par le picrocarmin, et enfin par une couche épaisse de lames épidermiques superposées dont les éléments constitutifs ont perdu leurs noyaux et qui prennent sous l'influence du réactif, une teinte rouge jaunâtre uniforme.

En résumé la tumeur dont il s'agit est un véritable kyste épidermique. La nature de son contenu oblige à la dénommer kyste, celle de la paroi lui mérite l'épithète d'épidermique.

En recherchant dans la littérature des cas analogues j'ai d'abord constaté que la plupart des traités classiques de chirurgie ne les signalent même pas; mes recherches ne m'ont rien fait découvrir sur ce sujet, ni dans Nélaton, ni dans les articles de Pitha, et de Paul Vogt; Blum ne les indique pas dans sa chirurgie de la main. Cependant Polaillon leur consacre quelques lignes dans l'article « Doigt » du *Dictionnaire encyclopédique*, et relate une observation qu'il intitule kyste dermoïde d'un doigt; Poulet et Bousquet citent quelques cas de ce genre, sans autres détails.

D'autre part, grâce à un certain nombre de publications faites sur ce sujet, j'ai fini par rassembler trente-deux faits, y compris mes deux observations; sur ces trente-deux faits la plupart concernent des tumeurs kystiques développées aux doigts; j'y ai joint six cas dus à Rizet, Muron, Demay, Treves et Poulet dans lesquels le siège de la tumeur n'était pas les doigts à proprement parler, mais quatre fois la paume de la main et deux fois un espace intermétacarpien; si je tiens compte de ces derniers faits, c'est qu'ils me paraissent à tous les points de vue analogues aux kystes des doigts proprement dits.

Je serai bref sur l'historique de la question; les premiers observateurs qui rencontrèrent à la face palmaire des doigts

ou de la main des kystes à contenu formé d'une substance blanchâtre, onctueuse, les désignèrent les uns par le terme de kystes dermoïdes (Rizet, Gibier, Muron), les autres par celui d'athérôme (Billroth, Küster), ou de kystes sébacés (Gillette, Poland, Savage, Treves), mais ils n'allèrent pas plus loin. Demay me paraît être le premier qui ait cherché à en déterminer la nature ; il donne dans sa thèse deux observations détaillées, complétées par un examen histologique très approfondi ; il les étudie dans un chapitre consacré aux polyadénômes et les fait dériver à tort, selon moi, des glandes sudoripares.

Troquart de Bordeaux, discute l'origine de la tumeur qu'il a enlevée à la pulpe de l'annulaire droit d'une femme de 40 ans ; d'après lui cette tumeur ne peut dériver des glandes sébacées qui n'existent pas dans cette région ; elle n'a pas les caractères des kystes des glandes sudoripares ; elle mérite purement et simplement le nom de *kyste épidermique.*

Chavasse en 1883 enlève une tumeur du volume d'une petite bille, siégeant à la face palmaire de la phalangette de l'index gauche ; cette tumeur examinée par Baraban présente des caractères qui la font classer dans les *épithéliomes pavimenteux perlés ;* Chavasse intitule son observation « *Tumeur perlée de l'index.* » La même année F. Gross de Nancy extirpe deux tumeurs de la face palmaire des doigts qui présentent les mêmes caractères histologiques. Ces trois observations font l'objet de la thèse de Micault ; pour la première fois s'y trouve abordée d'une façon explicite la question de l'origine de ces tumeurs ; Chavasse n'était pas éloigné déjà d'invoquer un traumatisme comme facteur étiologique, mais c'est Gross qui dans une leçon clinique au sujet de ses deux opérés discute la question d'une façon approfondie, compare les faits de tumeurs perlées des doigts avec ceux de l'iris, et émet l'hypothèse d'une *greffe profonde* effectuée par un traumatisme comme origine du néoplasme ; la thèse de Micault est en grande partie le développement des idées de Gross. Celui-ci du reste revient sur ce sujet dans une communication faite à la *Société médicale de Nancy* en janvier 1884 et publiée sous le titre de *Contribution à l'étude des tumeurs perlées.*

Comme le disait Gross, l'hypothèse attendait encore la sanction de l'expérimentation ; c'est au professeur Masse de Bordeaux qu'est due cette sanction ; la question ne pouvait manquer d'intéresser vivement Masse dont les recherches cliniques

et expérimentales sur les tumeurs perlées de l'iris sont bien connues ; au Congrès français de chirurgie de 1885, Masse annonçait qu'il avait réussi à produire des kystes dermoïdes artificiels en introduisant des fragments de tissus ou de membres de rats, dans la cavité abdominale d'autres rats, et des tumeurs perlées en introduisant sous la peau de rats blancs des lambeaux de peau de jeunes rats. L'hypothèse de greffes sous-cutanées traumatiques était donc soutenable ; le fait même de l'introduction de petits lambeaux cutanés dans la partie profonde d'une plaie a été vérifié par Poulet qui en conséquence admet pour la main l'existence d'une classe de tumeurs auxquelles il donne le nom de kystes dermoïdes acquis.

D'autre part un certain nombre d'auteurs se refusent à admettre la relation étiologique du traumatisme pour expliquer la formation de nos kystes, tels sont entre autres Lalitte et Guermonprez ; pour ces derniers et quelques autres, ces tumeurs sont en réalité des kystes dermoïdes ordinaires dont l'existence a pu être méconnue pendant longtemps, et le traumatisme ne joue pas d'autre rôle que celui d'un irritant qui hâte ou détermine leur accroissement.

En résumé, dans une première période, les kystes des doigts sont considérés comme de simples curiosités pathologiques ; les uns sans beaucoup réfléchir en font de simples kystes sébacés, d'autres les intitulent kystes dermoïdes sans justifier cette dénomination, sans attacher d'importance à leur âge d'apparition, à leurs caractères histologiques ; dans une seconde période qui date de Gross, d'une part, on reconnaît différentes catégories de faits, on distingue des kystes proprement dits les tumeurs perlées et, d'autre part, on en discute l'étiologie, les uns invoquent l'existence fréquente de traumatismes, et Gross émet l'hypothèse de la greffe profonde traumatique, d'autres ne voient dans les kystes des doigts que des tumeurs dermoïdes ordinaires.

Aujourd'hui nous en sommes là ; la question est posée, mais non résolue ; sans avoir la prétention d'arriver à une solution définitive j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rassembler tous ces faits épars, peu connus, de les comparer, de les peser, et de vous soumettre l'opinion à laquelle ce travail m'aura amené.

Je dois dire avant d'entamer la discussion que les faits que j'ai rassemblés ne sont pas d'égale valeur ; quelques-uns con-

sistent dans une simple mention, je n'en ai tenu compte que dans les cas où le diagnostic me paraît bien positif, et j'en ai rejeté quelques-uns cités par d'autres comme valables, mais qui me paraissent très douteux ; tel est le cas de plusieurs observations de Rizet. Malheureusement l'examen histologique manque souvent, ou bien il est trop incomplet pour avoir une valeur quelconque ; mais si je lis que, la tumeur ouverte, il s'en échappe une masse blanchâtre, onctueuse, sébacée, je crois que cela suffit pour accepter le cas comme kyste des doigts. J'ai réuni dans ma collection de faits, deux catégories d'observations, intitulées les unes kystes sébacés, dermoïdes, épidermiques, les autres tumeurs perlées ; je m'expliquerai sur ce point en m'occupant de l'anatomie pathologique et de l'étiologie, mais je puis dire dès maintenant que ces deux catégories de faits font partie d'une même série à tous les points de vue ; j'espère justifier cette manière de voir.

Je donnerai du reste à la fin de ce travail les documents qui m'ont servi à l'établir.

Anatomie pathologique.

C'est presque uniquement à la face palmaire qu'ont été rencontrés les kystes des doigts ; sur un ensemble de 32 cas plus ou moins détaillés et correspondant à 33 kystes (Rizet a observé 2 tumeurs à une même main), une seule fois le kyste siégeait à la région dorsale du pouce gauche (obs. II).

Dans 26 cas, la face palmaire des doigts était atteinte ; 6 fois c'était la paume de la main ou la région intermétacarpienne. Ces six cas se répartissent de la façon suivante : une fois le kyste siégeait à la région thénar (Rizet), une fois à la région hypothénar (Treves), 2 fois à la paume de la main (Muron, Poulet), 2 fois à la région intermétacarpienne (Rizet, Demay).

Sur 22 cas, dans lesquels le côté est indiqué, j'en trouve 10 à droite et 12 à gauche.

En ce qui concerne les doigts, je compte 3 cas pour le pouce, 12 pour l'index, 2 pour le médius, 1 pour l'annulaire et 2 pour l'auriculaire ; comme on le voit, l'index est de beaucoup le plus fréquemment atteint.

Les kystes se répartissent de la façon suivante sur les différentes phalanges des doigts :

Pouce droit, face palmaire, 2me phalange............ 1 cas.
Pouce gauche, face palmaire, 2me phalange........... 1 cas.
Pouce gauche, face dorsale, articulation interphalangienne.................................... 1 cas.
Index droit, face palmaire, 1re phalange............. 2 cas.
Index droit, face palmaire, 2me phalange............. 2 cas.
Index droit face palmaire, 3me phalange.............. 0 cas.
Index gauche, face palmaire, 1re phalange............ 0 cas.
Index gauche, face palmaire, 2me phalange........... 2 cas.
Index gauche, face palmaire, 3me phalange........... 3 cas.

(Dans deux cas concernant l'index droit la phalange n'est pas indiquée.)

Médius gauche, face palmaire, 2me phalange.......... 2 cas.
Annulaire droit, face palmaire, 3me phalange......... 1 cas.
Auriculaire gauche, face palmaire, 1re phalange...... 1 cas.
Auriculaire gauche, face palmaire, 2me phalange...... 1 cas.

Je reviendrai plus loin sur l'intérêt que présente le siège des kystes des doigts.

Le volume des tumeurs observées est le plus souvent comparé à celui d'une amande, d'une noisette, d'une aveline, d'une bille, mais quelquefois il ne dépasse pas celui d'un pois, ou bien, au contraire, il atteint celui d'une noix; ce dernier cas est exceptionnel ; on comprend facilement qu'une grosseur de la dimension d'une noisette occupant la face palmaire d'un doigt gêne singulièrement les mouvements de flexion, et que le malade n'attende généralement pas que la tumeur soit devenue grosse comme une noix pour demander à en être débarrassé. Le volume apparent du kyste est quelquefois augmenté par la formation d'un épaississement de l'épiderme cutané, d'un véritable durillon à son niveau.

C'est le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'est logé le kyste; tantôt il est absolument libre, sans aucune adhérence ni avec la peau, ni avec les parties profondes; mais cette règle n'est pas sans exception; quand je dis règle, je m'avance peut-être trop, car les connexions exactes de la tumeur ne sont pas toujours indiquées d'une façon précise. Toujours est-il que dans plusieurs cas on a constaté une adhérence de la paroi du kyste avec la peau; ces adhérences s'expliquent parfois par une inflammation qui a envahi la tumeur (Gross), par une incision qui y a été pratiquée (Cha-

vasse), mais elles ont été rencontrées aussi sans que l'une ou l'autre de ces explications fût admissible (Polaillon, Guermonprez); la paroi du kyste, quoi qu'il en soit, n'a pas toujours pu être disséquée au niveau de ces adhérences, et l'on a dû alors enlever avec la tumeur un petit lambeau du tégument.

Ces adhérences correspondaient parfois à une petite cicatrice due à un traumatisme ayant précédé l'apparition de la tumeur, c'est le cas de l'opéré de Poulet, qui s'était blessé avec un clou en tombant sur une planche; elles sont indiquées d'autres fois (Kirmisson, Polaillon, Heydenreich) sans autre explication. Dans un cas, la tumeur présentait dans sa partie culminante un point noir comme les tannes; Godlee est le seul qui signale ce fait.

Dans l'une des deux observations de Gross, la tumeur communiquait avec l'extérieur par un véritable canal tapissé d'épithélium; le malade, mouleur en cuivre, s'était blessé quatre ans et demi avant l'apparition de la grosseur avec une pointe de métal à l'endroit précis où elle se développa; il avait exprimé par ce canal, quelques jours avant l'opération, un long vermicelle de matière blanchâtre. Dans une autre observation de Gross, la tumeur s'était, à la suite d'une inflammation, ulcérée à son sommet, et le contenu s'était en partie évacué; naturellement la tumeur était *devenue* adhérente aux téguments.

Des adhérences profondes sont aussi signalées dans quelques cas; Polaillon indique que la tumeur s'étendait jusqu'à la gaine des fléchisseurs; dans le premier cas de Gross, il y avait de légères adhérences avec le fléchisseur. Dans la seconde observation de Demay, il est dit que le kyste mis à nu et faisant hernie à travers l'incision, on le saisit avec une pince et l'on détacha facilement les adhérences qui le retenaient particulièrement au niveau de l'insertion du tendon du fléchisseur profond. Dans la plupart des autres cas, l'énucléation de la paroi kystique a été aisée dans les parties profondes.

Un fait exceptionnel, intéressant et fertile en déductions, est celui de Poulet; la tumeur, en grande partie sous-cutanée, enlevée, on s'aperçut que l'ablation n'était pas complète, il y avait un prolongement profond sous-aponévrotique d'où s'échapait un contenu blanchâtre.

Ainsi donc, tumeurs sans adhérences apparentes, tumeurs adhérentes à la peau, tumeurs adhérentes aux gaines tendineuses, et enfin tumeurs à la fois sous-cutanées et sous-aponévrotiques, telles sont les différentes variétés que j'ai notées.

La forme de la tumeur est le plus ordinairement régulière : arrondies à leur début, ou plutôt quand elles sont encore de petites dimensions, elles prennent souvent en s'accroissant une forme ovalaire ; c'est le plus ordinairement dans le sens de la longueur des phalanges qu'elles s'accroissent, aussi le grand diamètre de l'ovale correspond-il en général à l'axe du doigt ; celles qui occupent la troisième phalange restent volontiers sphériques.

La peau épaisse du doigt peut du reste les brider assez pour que, comprimées entre le derme et les organes profonds, elles se moulent sur ceux-ci ; Rizet a noté que la face profonde de l'une des tumeurs qu'il a enlevées présentait un sillon correspondant au tendon. Il peut arriver aussi qu'elles poussent des prolongements latéraux ; c'est à la première phalange que l'on a vu deux fois (Heidenreich, Villar) la tumeur se diriger vers l'espace interdigital ; dans le cas de Heydenreich, cet envahissement était probablement consécutif à une rupture par inflammation.

La tumeur enlevée et examinée à l'œil nu se présente sous deux formes, entre lesquelles, je me hâte de le dire, on trouve tous les intermédiaires : ou bien elle est formée par une mince membrane kystique souple, blanchâtre ou jaunâtre à sa face interne, et par un contenu abondant ; ou bien, au contraire, la paroi est épaisse, dense, résistante, et la cavité centrale relativement petite ; dans ce dernier cas, l'on a noté dans quelques observations que la paroi présentait, soit extérieurement, soit sur les coupes, la coloration spéciale de nacre un peu terne qui serait caractéristique des tumeurs perlées (Chavasse, Gross).

Le contenu des kystes des doigts est tantôt blanchâtre, pâteux, analogue à du suif, tantôt jaunâtre, grumeleux, méliçérique ; il ressemble au contenu des tannes ou à celui des loupes ; l'inflammation peut changer ces caractères, le rendre plus fluide et plus jaunâtre ; dans des cas exceptionnels, ce contenu se trouvait encroûté de calcaire, ou même complètement calcifié ; le contenu de l'un des kystes opérés par Rizet est comparé à un noyau de pêche.

Il y a ordinairement une transition plus ou moins insensible du contenu à la paroi ; les parties les plus molles évacuées, on trouve appliquées à la périphérie des lamelles, des écailles blanchâtres imbriquées les unes sur les autres ; la paroi solide, quand elle est épaisse, peut aussi se dissocier parfois en lamelles concentriques, analogues au bulbe d'oignon (Gross).

L'étude histologique complète n'a été faite que dans un nombre restreint de cas, cependant suffisant pour établir les variétés de structure de nos kystes; on peut ramener cette structure à deux types principaux.

En ce qui concerne le contenu, nous ne trouvons pas de différences importantes; ce contenu s'est toujours trouvé composé de cellules épidermiques cornées, sans noyaux, comme base; à ces cellules épidermiques on trouve mélangés, soit des granulations graisseuses, soit des cristaux de cholestérine; ces derniers ont fait défaut dans un certain nombre de cas, mais probablement parce que les pièces avaient été, avant leur examen, conservées dans l'alcool; dans deux cas on a observé une dégénérescence colloïde des cellules épidermiques (Heidenreich, Gross); sous cette influence, il est possible que parfois le contenu prenne exceptionnellement d'autres caractères; dans le premier cas de Demay, le contenu du kyste était formé par un liquide épais, filant et tenant en suspension des éléments organiques solides; dans le second cas, Demay compare le contenu à celui des kystes synoviaux, mais plus loin il le désigne comme granulo-graisseux.

Dans les cas où la tumeur s'était enflammée, des globules de pus sont venus s'ajouter aux éléments ordinaires du contenu.

Jamais on n'a trouvé dans les kystes ni poils, ni dents, ni fragments osseux.

La paroi kystique est essentiellement formée par des cellules épidermiques reposant sur un tissu conjonctif tantôt délicat, tantôt plus dense, fibreux ; assez fréquemment la paroi épidermique s'est énucléée du tissu conjonctif ambiant sans en avoir emmené avec elle autre chose que de faibles débris, d'autrefois une couche conjonctive ou fibreuse fait partie constituante de la tumeur enlevée.

La paroi des kystes, comme je l'ai dit, se présente sous deux aspects différents entre lesquels nous trouverons des transitions ; l'un de ces aspects rappelle les kystes sébacés ou plutôt les kystes dermoïdes, l'autre aspect qui correspond à une structure spéciale leur a fait donner par quelques auteurs le nom de tumeurs perlées.

Dans le premier cas on rencontre sur les coupes en allant de dehors en dedans, outre une couche conjonctive qui peut manquer, une série de couches cellulaires analogues à celles de l'épiderme normal; dans mon observation la paroi était, d'après

l'examen de Mayor, formée en allant de dehors en dedans de la façon suivante : couche conjonctive, couche de cellules allongées, cylindroïdes, granuleuses, épithélium de Malpighi avec prolongements anastomosés, couche granuleuse dont les cellules contiennent de l'éléidine, enfin couche cornée.

Le kyste observé par Polaillon est formé d'une couche de tissu conjonctif, tapissée par cinq à six plans de cellules polygonales à contours dentelés, auxquelles succédaient des cellules épithéliales ayant subi la transformation cornée. « En somme, la paroi a tous les caractères de la peau avec son derme, son épiderme et une couche de Malpighi intermédiaire; mais on n'y rencontre ni papilles, ni glandes, ni follicules pileux. »

Mêmes caractères dans la tumeur enlevée par Heydenreich et étudiée par Baraban, le revêtement épidermique est formé de dehors en dedans de deux zones : « la zone profonde, épaisse de 65 μ contient huit ou dix rangées de cellules. Celles de la première rangée sont granuleuses, rectangulaires, à noyau arrondi, et contiguës au derme par leur plus grand côté. Les cellules des cinq ou six rangées suivantes sont polyédriques, aplaties, munies de stries peu apparentes et d'un noyau sphérique qui se colore facilement par les réactifs appropriés. Les cellules des deux ou trois dernières rangées sont bourrées de nombreuses granulations d'éléidine, mises en évidence par le carmin ou l'hématoxyline.

« La zone interne ou superficielle représente une couche cornée de 850 μ d'épaisseur en moyenne. Son bord interne est rendu irrégulier par une grande quantité de petites lamelles épithéliales, prêtes à se détacher. Les cellules n'ont pas de noyau. Elles possèdent des contours très distincts avec parfois des vestiges de striation. En un mot, elles ne sont pas aussi desséchées et tassées qu'à la surface libre de la peau. »

Il me paraît inutile de multiplier les exemples : qu'il me suffise de dire que les examens faits par Poulet, et par Latteux (fait de Kirmisson) ont donné un résultat identique, savoir une couche de tissu conjonctif ou fibreux et un revêtement épidermique disposé en couches successives analogues à celles de l'épiderme normal.

La pièce de Guermonprez examinée par Toison ne diffère pas des précédentes au point de vue de l'arrangement des couches d'épithélium, mais la tumeur s'était en quelque sorte clivée au point de jonction de l'épithélium et du tissu conjonctif et l'on ne trouvait pas trace de celui-ci.

Dans une seconde catégorie de faits nous ne retrouvons plus cette succession de couches épithéliales, la paroi kystique est partout composée des mêmes éléments cellulaires ; à l'œil nu la membrane ordinairement plus dure et résistante que dans les cas précédents, est aussi plus épaisse ; elle mesurait un millimètre à un millimètre et demi dans le cas de Gross ; sur sa surface et sur sa coupe, elle présente cette apparence et cette coloration spéciales qui ont valu leur nom aux tumeurs perlées, et que l'on compare au brillant de la soie ou de la nacre un peu terne ; souvent cette paroi se dissocie en lamelles comme le bulbe d'un oignon. Au premier abord on ne distingue sur les coupes qu'un tissu homogène, transparent, légèrement strié ; ce n'est qu'après l'addition de potasse que l'on voit apparaître les cellules qui la constituent ; celles-ci sont fusiformes, aplaties, ovalaires ou polygonales, fortement tassées les unes contre les autres ; très souvent l'on n'y distingue pas de noyau ; cependant celui-ci peut apparaître, surtout dans la couche externe, mais il ne se colore que faiblement par les réactifs ; c'est la seule différence que l'on constate parfois entre les couches appliquées sur le tissu conjonctif et celles qui leur succèdent et finissent par leur desquamation et leur dégénérescence par constituer la bouillie centrale.

Tels étaient les caractères des kystes observés par Troquard, Chavasse, Gross et examinés par Arnozan, et Baraban ; tels étaient probablement, autant que l'on en peut juger par la description macroscopique sommaire, ceux de quelques-unes des tumeurs décrites par Rizet, et desquelles malheureusement l'examen histologique est par trop incomplet.

Ces caractères ont fait comparer ces tumeurs à un globe épidermique gigantesque, par Arnozan et Gross ; Baraban, Chavasse et Gross en ont fait des épithéliomas perlés (Baraban), des tumeurs perlées (Chavasse, Gross). Muron dans une très courte note sur un kyste de la paume de la main qu'il intitule kyste dermoïde dit que « ses parois formées de lamelles superposées la font ressembler à la tumeur perlée, et sont constituées par des cellules épithéliales aplaties, entremêlées de tissu conjonctif. »

Il semble que le kyste enlevé par Desprez et examiné par P. Gibier présentait des caractères analogues. « L'enveloppe du kyste est composée de cellules épithéliales à la partie interne, cellules aplaties et tassées comme celles qui forment les couches

superficielles de l'épiderme cutané, mais on ne trouve pas la disposition cellulaire décrite par MM. Cornil et Ranvier dans la paroi des kystes sébacés..... La partie externe de l'enveloppe est formée de tissu fibreux. »

Comme dans la première variété, la tumeur est tantôt composée d'une couche conjonctive ou fibreuse et d'un revêtement d'épithélium, tantôt l'épithélium seul la constitue. Dans l'obs. 1 de Gross, le tissu conjonctif s'était enflammé et formait une couche épaisse, dure, légèrement rosée : dans celle de Chavasse la masse épithéliale n'avait entraîné avec elle que des lambeaux de tissu fibreux ; la perle épidermique était absolument nue dans le cas de Troquart.

La seconde observation de Gross nous fournit un passage entre les deux variétés de tumeurs ; il s'agit cette fois d'un kyste développé précisément au niveau d'une blessure que le malade s'était faite autrefois avec une pointe de cuivre ; la tumeur présentait à son sommet un petit pertuis aboutisssant dans sa cavité ; les coupes faites au niveau de ce pertuis ont présenté les particularités suivantes indiquées par Baraban : « ces préparations ont montré une continuité très nette entre l'épiderme du doigt et la paroi même de la tumeur ; en effet, si on examine la façon dont l'épiderme du doigt se comporte autour du pertuis, on voit les couches profondes de cet épiderme se terminer en pointe émoussée à ce niveau. Tout au contraire, les couches superficielles se recourbent autour de cette pointe, qu'elles coiffent en quelque sorte et vont se continuer, *sans aucune ligne de démarcation*, avec la paroi même de la tumeur.

« Nous disions tout à l'heure que les couches profondes se terminaient en pointe émoussée ; ce n'est pas tout à fait juste, car *de cette couche profonde part un prolongement très mince, formé à son origine d'une seule couche de cellules, plus épais à mesure qu'il s'éloigne de l'épiderme, constitué dans sa plus grande épaisseur par une couche de cinq ou six cellules, et formant à la paroi cornée de la tumeur une véritable zone de Malpighi*..

« Au niveau du pertuis, la couche tout à fait superficielle de l'épiderme s'amincit un peu, et passe d'un bord à l'autre, de façon à constituer là une paroi exclusivement cornée, également très lamellaire. »

Dans la description que je viens de donner des kystes des doigts, la couche conjonctive qui peut manquer du reste, était,

dans les cas où on l'a rencontrée, formée soit par du tissu fibreux dense, soit par des faisceaux parallèles et entrecroisés donnant au tissu une apparence feutrée, soit par des lambeaux de tissu conjonctif délicat; ce tissu est plus ou moins vasculaire, les fibres élastiques font défaut (dans mon observation on n'en rencontrait quelques-unes que tout à fait à la périphérie); enfin ce tissu conjonctif peut être enflammé comme dans le cas de Gross et alors infiltré de jeunes cellules.

Dans aucune des analyses histologiques n'est signalée la disposition indiquée par Cornil et Ranvier pour la paroi conjonctive des kystes sébacés et des kystes dermoïdes de la première variété de Lebert, qui la fait ressembler à la tunique interne des artères et aux fibrômes à cellules aplaties.

On ne trouve pas non plus en général de papilles à la surface de ce tissu conjonctif, ni de glandes ou de conduits glandulaires dans son épaisseur.

Cependant il y a parmi mes observations deux exceptions à cette règle et je vais les rapporter avec quelques détails, car elles méritent une discussion.

La première est celle de Heydenreich : la tumeur siégeait à la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit ; cette tumeur au bout de quelque temps envoya un prolongement du côté de la face latérale de la même phalange, ce prolongement grossit assez rapidement et devint assez gênant pour que le malade demandât à en être débarrassé. A l'examen histologique fait par Baraban, on trouva la partie primitive du kyste constituée par une sorte de derme revêtu d'un épithélium évoluant comme l'épiderme normal, il n'y avait ni papilles ni glandes ; il n'en était pas de même du prolongement latéral ou plutôt du point où ce prolongement se reliait avec la tumeur primitive : « la couche fibreuse à ce niveau se limite du côté de la couche épithéliale par une ligne onduleuse constituant un *véritable corps papillaire*. Les papilles y sont tantôt longues, minces, effilées, très pressées les unes contre les autres; tantôt coniques, obtuses, moins allongées, presque rudimentaires par places et à peine indiquées dès que l'on s'approche de la portion mince de la paroi. La plupart de ces papilles ne présentent à considérer qu'un vaisseau, situé dans leur axe de figure. D'autres, en petit nombre, possèdent, à leur extrémité, de petits corps ovoïdes qui rappellent d'une manière confuse, par la disposition de leurs noyaux et l'exis-

tence d'un pédicule, la structure des corpuscules du tact. » En outre la paroi conjonctive est formée d'un tissu feutré; on trouve dans ses couches les plus superficielles des glandes sudoripares dont les glomérules ont été aplatis et en quelque sorte étalés par la pression excentrique du kyste. En pleine paroi on trouve encore des groupes cellulaires en traînées longitudinales, parallèles à la surface du kyste; chacun de ces groupes est formé de trois ou quatre éléments cellulaires, pourvus d'un noyau évident et d'un protoplasme granuleux, et disposés en cercle de façon à ménager au centre un petit espace libre.

Baraban pense que ces groupes sont les vestiges de glandes sudoripares en voie d'atrophie; il se demande si ces glandes appartiennent au kyste ou à la peau qui a été enlevée avec lui, mais il ne peut décider la question vu qu'il n'a pu déceler la présence de canaux excréteurs dirigés soit vers la peau, soit vers le kyste; cette réserve me paraît parfaitement justifiée, et je suis porté à croire que, dans cette observation comme dans celle qui m'est propre, les glandes dégénérées n'appartenaient pas à la tumeur, mais à la peau du voisinage.

L'observation de Demay est difficile à interpréter; la tumeur occupait la pulpe de l'index; extirpée une première fois par de Ranse, elle récidive; Broca enlève la tumeur avec la peau voisine, et il y a une seconde récidive, cette fois traitée par la cautérisation de sorte que l'examen histologique n'a pu être fait qu'après les deux premières opérations. La tumeur enlevée par de Ranse est considérée par Demay comme due à une altération des glandes sudoripares; elle est formée par deux couches, l'une conjonctive, l'autre épithéliale, circonscrivant une cavité.

Dans la couche externe se rencontrent des lacunes entre les fibres conjonctives, et ces lacunes qui sont parfois allongées et ressemblent à des lymphatiques dilatés, renfermant plus ou moins de noyaux. La couche épithéliale n'a pas l'aspect régulier qu'on observe généralement pour ce genre de tissu, le tissu conjonctif semble y envoyer des prolongements infiltrés de cellules embryonnaires; on se trouve en présence d'un tissu en voie de prolifération.

Ce tissu n'est pas homogène, il présente par place des îlots irréguliers, implantés comme des corps étrangers: ils se montrent avec les plus forts grossissements *comme constitués par une matière amorphe, granuleuse, parsemée d'énormes noyaux.*

Ces îlots sont disséminés sur tout le pourtour de cette couche interne.

L'examen de la récidive fait constater : 1° un kyste épithélial sous-cutané présentant les couches successives de l'épiderme normal; 2° ce que l'auteur indique comme des altérations des glandes sudoripares; leurs pelotons sont transformés de telle façon que « les uns montrent des tubes hypertrophiés et les antres, presque entièrement dégénérés, ont perdu leur aspect normal si caractéristique. Ils sont transformés en amas informes dans lesquels on ne distingue plus trace de tubes. »

La conclusion de Demay est que la tumeur a pour origine une altération des glandes sudoripares.

Je ne voudrais pas affirmer que l'auteur ait mal interprété les lésions révélées par l'examen microscopique, mais je dois dire que sa description et surtout les figures qui accompagnent son travail me laissent quelques doutes; certaines d'entre elles rappellent d'une façon trop frappante les altérations décrites par E. Kauffmann au voisinage des kystes dermoïdes produits artificiellement dans la crête des coqs; or, Kauffmann affirme que les amas cellulaires qu'il a observés et qui, au premier abord, paraissaient dus à une altération glandulaire, ne peuvent en provenir, aucune glande n'existant dans cette région; il les regarde comme des cellules géantes développées aux dépens des vaisseaux. Je reviendrai du reste sur les expériences de Kauffmann.

Les lésions décrites par Baraban (obs. de Heidenreich) doivent-elles aussi être attribuées à autre chose qu'aux glandes sudoripares? l'absence de figure ne me permet pas de me prononcer. Dans tous les cas, la présence de glandes sudoripares atrophiées ne prouve en aucune façon que la tumeur était un kyste dermoïde congénital, comme semble l'admettre l'auteur de la thèse, le Dr Lalitte; dans la paroi des kystes dermoïdes, ce ne sont pas des glandes atrophiées en voie de dégénérescence que l'on rencontre, ce sont des glandes analogues aux glandes normales.

Il résulte pour moi de l'analyse de ces deux cas que la paroi des kystes des doigts a présenté dans un seul cas des prolongements papillaires, et que l'existence de glandes sudoripares dans cette même paroi n'est pas jusqu'ici démontrée; je ne veux pas dire par là qu'il soit absolument impossible que l'on en rencontre une fois.

Dans l'observation qui m'est propre, M. Mayor a rencontré dans le tissu conjonctif des débris de glandes et de conduits sudoripares altérés; dans son opinion, que je partage, cette altération des glandes est secondaire, elle peut être due à la pression exercée sur les parties voisines par le kyste en voie de développement, mais rien absolument ne peut faire supposer que la tumeur elle-même provienne d'une altération primitive des glandes sudoripares.

De cet exposé anatomo-pathologique, il résulte que les kystes des doigts sont essentiellement constitués par de l'épithélium : cet épithélium forme la paroi du kyste; il est tantôt disposé en couches successives qui se suivent comme dans l'épiderme normal; tantôt formé de cellules fusiformes, aplaties, tassées les unes sur les autres, généralement dépourvues de noyaux, sauf dans la couche périphérique; la cavité centrale de la tumeur, plus ou moins vaste, est remplie d'une bouillie formée d'éléments épidermiques desquamés, de graisse et de cholestérine.

La coque épidermique est plus ou moins solidement soudée avec le tissu conjonctif qui l'avoisine; elle peut parfois s'en séparer complètement et la tumeur énucléée est purement épidermique; elle peut l'entraîner avec elle sous forme d'une couche ordinairement peu épaisse, tantôt délicate, tantôt plus dense, et présentant la texture feutrée du derme; dans un seul cas ce derme présentait à sa surface quelques papilles; il n'est pas démontré que les glandes sudoripares rencontrées dans trois cas appartinssent à la paroi kystique; jamais on n'a trouvé ni glandes sébacées, ni follicules, pileux, ce qui n'a rien d'étonnant du reste, étant donné le siège des kystes dans une région qui en est normalement dépourvue.

Les deux variétés de kystes à évolution épidermique et à forme perlée sont reliées par des transitions ; il n'y a pas lieu, à mon avis, de les séparer au moins au point de vue clinique; les tumeurs perlées des doigts diffèrent, comme nous le verrons, des épithéliomas perlés par la présence constante d'une cavité centrale, par leur accroissement graduel, par leur structure même; ce ne sont pas de petites perles disséminées dans un tissu conjonctif dense que l'on rencontre, mais une seule masse épithéliale. Il est jusqu'ici impossible de savoir pourquoi, dans certains cas, les kystes des doigts prennent cette forme perlée, pourquoi l'épithélium forme une masse tassée, brillante,

tandis que dans d'autres on retrouve dans les couches de la paroi l'évolution normale de l'épiderme.

Tout bien considéré, je crois que, sans préjuger des éclaircissements que l'avenir pourra amener dans cette question, le terme de *kyste épidermique*, proposé par Troquart et Arnozan, est le plus convenable.

Je reviendrai plus loin, à propos de la pathogénie de nos kystes sur cette question; mais avant d'aborder cette partie de mon sujet, il est nécessaire de jeter un coup d'œil sur l'étiologie de ces tumeurs.

Étiologie.

J'ai déjà indiqué dans le chapitre précédent la répartition des kystes épidermiques dans les différentes parties de la main et des doigts; vous vous souvenez que, sauf un seul cas, ces kystes occupaient toujours la face palmaire, que les doigts sont beaucoup plus souvent atteints que la main, et que parmi les doigts l'index est celui qui a fourni le plus grand nombre de cas, enfin le membre gauche a été atteint 12 fois, le droit 10 fois.

Les kystes des doigts ont été presque exclusivement observés dans le sexe masculin ; tandis que j'ai trouvé 29 fois ce sexe indiqué, 2 fois seulement (cas de Gillette et de Troquart) la tumeur s'était développée chez des femmes.

L'âge des malades est intéressant à enregistrer, en face de l'hypothèse émise par plusieurs auteurs qui font de nos tumeurs des kystes dermoïdes : or, sur 23 cas dans lesquels l'âge est exactement indiqué, j'en trouve un seul au-dessous de 20 ans, à 17 ans, 7 de 20 à 30 ans, 4 de 30 à 40 ans, 8 de 40 à 50 ans, 2 de 50 à 60 et 1 à 64 ans. Si l'on compare les chiffres obtenus jusqu'à la fin de l'adolescence avec ceux des périodes ultérieures on trouve que sur nos 23 cas 7 seulement appartiennent à la première catégorie et ont été observés chez des sujets âgés de 17 à 22 ans; un seul cas entre 22 et 30 à 23 ans, mais de 30 à 64 ans j'en compte 15; ce n'est donc pas pendant la période de développement qu'ont été observés nos kystes, et c'est un argument que je ferai valoir.

On pourra objecter, et avec raison, que le moment de l'observation et de l'intervention chirurgicale n'est pas celui de l'ap-

parition du kyste qui peut rester assez longtemps d'un volume assez petit pour être peu gênant, et ne pas engager le malade à consulter; l'observation montre du reste que l'intervalle qui sépare l'époque d'apparition de la tumeur ou du moins le moment où le malade la découvre et celui où il réclame les secours du chirurgien est très variable; ce laps fut de 24 ans dans un des cas de Gross, de quelques mois seulement dans plusieurs autres observations.

Le tableau suivant montrera à la fois l'âge auquel a apparu la tumeur dans les cas où ce détail est donné et l'époque de l'intervention :

Age au moment de l'apparition de la tumeur.	Age au moment de l'opération.	Intervallo.	Auteur de l'observation.
33 à 34 ans	40 ans	6 à 7 ans	Muron.
19 ans et quelques mois	20 »	plusieurs mois	Gillette.
	40 »		Billroth.
	23 »		Billroth.
43 ans 8 mois	44 »	2 mois	Demay.
20 ans	22 »	2 ans	Demay.
44 ans 6 mois	45 »	6 mois	Troquart.
15 ans	17 »	2 ans	Gibier.
19 ans 6 mois	22 »	2 ans 6 mois	Rizet.
	22 »		Rizet.
	37 »		Küster.
21 ans 6 mois	22 »	6 mois	Chavasse.
55 ans	59 »	4 ans	Poland.
36 à 37 ans	40 »	3 à 4 ans	Treves.
38 ans	40 »	2 ans	Polaillon.
18 ans	42 »	24 ans	Gross.
35 ans 6 mois	37 »	1 an 6 mois	Gross.
35 ans 3 mois	36 »	9 mois	Heydenreich.
	50 »		Kirmisson.
29 ans	31 »	2 ans	Villar.
20 ans 8 mois	21 »	2 mois	Guermonprez.
63 ans	64 »	1 an	Reverdin.
45 ans 6 mois	48 »	2 ans 6 mois	Reverdin.

Les dates ainsi rectifiées nous donnent le résultat suivant : 4 cas avant 20 ans, 4 de 20 à 30 ans, 5 de 30 à 40, 3 de 40 à 50, 1 à 55 ans et 1 à 63 ans; soit 7 cas de kyste ayant apparu avant

l'âge de 22 ans et 11 cas après 22 ans; enfin il reste 5 cas pour lesquels nous ne savons pas la date d'apparition de la tumeur qui a été observée chez des malades âgés l'un de 22 ans, les autres de 23, 37, 40 et 50 ans.

On peut donc conclure que les kystes des doigts, contrairement à ce que l'on avait avancé faute d'un nombre suffisant d'observations, ne se sont jamais jusqu'ici développés dans l'enfance, qu'ils apparaissent rarement dans l'adolescence, plus fréquemment à l'âge adulte et quelquefois même dans la vieillesse.

Un facteur étiologique qui ne peut être méconnu, et qui a la plus grande importance c'est le traumatisme; nous allons voir que les rapports d'un traumatisme avec le développement du kyste paraissent évidents dans un certain nombre des cas que j'ai rassemblés; sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres un bon nombre d'observations sont incomplètes, quelques-unes sont négatives dans une certaine mesure, dix sont positives; dans ces dix dernières un traumatisme a été observé, il a été suivi au bout d'un temps variable de l'apparition de la tumeur et plusieurs fois précisément au siège de la blessure. Permettez-moi d'insister un peu sur ce point important et de vous indiquer ces dix faits avec quelques détails :

Rizet rapporte le cas suivant : R... Alexandre, soldat au 90[me] de ligne, âgé de vingt-deux ans, entre le 13 janvier 1870 à l'hôpital Saint-Martin dans le service de Leroy ; il était forgeron avant son incorporation et travaillait le plus habituellement de la main gauche. A 19 ans, après un long travail, phlegmon de la main gauche, ouvert avec le bistouri au milieu du premier espace intermétacarpien. En août 1867, cet homme étant au camp de Châlons, après une piqûre, remarque une légère tuméfaction de la partie moyenne de l'auriculaire gauche face palmaire; bientôt se développe à ce niveau une tumeur qui acquiert le volume d'une noisette, et le chirurgien en rencontre une autre plus petite dans le premier espace intermétacarpien.

Dans une autre observation du même auteur, un ouvrier du génie est opéré pour une tumeur de l'index droit à structure épidermique ; sept mois auparavant il s'était formé à la place actuelle de la tumeur, à la suite de travaux de force, une ampoule suivie de sécrétion séreuse.

Dans un cas de Demay, un homme de 44 ans est mordu par

son chien dans l'espace intermétacarpien qui sépare le premier du deuxième métacarpien de la main droite; la plaie se cicatrise, mais la place reste douloureuse, une petite tumeur apparaît, s'accroît et prend le volume d'un gros pois; cinq mois après la morsure elle est extirpée et l'examen montre qu'il s'agit d'un kyste épithélial corné.

Une seconde observation de Demay a pour sujet un jeune homme de 22 ans; deux ans auparavant faisant son volontariat, il reçoit un coup de baïonnette à la partie dorsale de l'index droit au niveau de l'articulation des deux phalanges. Le doigt appliqué en ce moment contre la crosse du fusil est comprimé entre cette pièce et l'arme. La pointe de celle-ci fait à la région dorsale une plaie dont le malade ne peut déterminer ni l'étendue ni la profondeur, il ne peut dire à plus forte raison si l'articulation a été intéressée. Il se souvient simplement qu'il y a eu une plaie, que le chirurgien l'a pansé avec des bandelettes de diachylon et que, au bout de quelques jours, la réunion et la cicatrisation étaient complètes.

Du côté de la face palmaire il se rappelle avoir observé une petite élevure, avec une coloration noirâtre ou violacée, ayant dit-il, « l'aspect d'un petit suçon. » C'est à ce niveau que se développe la tumeur, enlevée deux ans plus tard, et l'on constate alors qu'il existait à la partie latérale de la pulpe du doigt une *cicatrice linéaire*.

Les deux observations publiées par Gross sont particulièrement explicites : Dans la première, le nommé A... D., âgé de 42 ans, qui vient se faire enlever une tumeur perlée du pouce, raconte que, il y a 24 ans environ, occupé à fendre du bois, il s'est blessé à la face palmaire du pouce droit. Il ignore si quelque esquille est restée dans la plaie. Celle-ci ne donna issue qu'à une fort petite quantité de sang et guérit assez vite. Un ou deux mois après, il s'aperçut qu'à l'*endroit même* où il s'était piqué, se développait une petite grosseur : celle-ci augmenta lentement de volume, mais n'attira sérieusement son attention que lorsqu'elle eut atteint la grosseur d'une noix.

Dans un autre cas de Gross, le malade, repousseur en cuivre, âgé de 37 ans, s'était blessé six ans auparavant à la face palmaire du médius de la main gauche, au niveau de la deuxième phalange, avec une pointe en cuivre. Au bout de huit jours, la plaie était guérie et le malade reprit son travail: il y a dix-huit mois, c'est-à-dire quatre ans et demi après l'accident, à l'*en-*

droit même de la piqûre, se développa une grosseur qui atteignit bientôt le volume d'un gros pois, pour augmenter plus tard encore, en même temps qu'elle devenait assez douloureuse pour gêner cet ouvrier dans son travail. A l'examen la tumeur présente à son sommet un petit point noir qui est un pertuis, par lequel le malade avait exprimé, quelques jours auparavant, un long vermicelle d'une matière blanchâtre, analogue à du fromage blanc.

Le cas suivant, présenté par Poulet à la Société de chirurgie, n'est pas moins démonstratif : le malade raconte qu'il y a un an environ il s'est enfoncé un clou dans la paume de la main en tombant sur une planche ; cet accident n'a eu aucune suite sérieuse, et la petite plaie a guéri simplement. Au bout de quelques mois, il a vu apparaître au niveau de la cicatrice une tumeur indolore qui a acquis insensiblement la grosseur d'une petite olive. Poulet, qui se déclare partisan de la théorie de la greffe profonde, s'est assuré expérimentalement que l'implantation de fragments de peau peut se faire par le mécanisme invoqué par son malade ; « un certain nombre de recherches faites sur des mains de cadavre, avec un clou planté dans une planche m'ont démontré, dit-il, la possibilité de cette inclusion. »

Vous vous souvenez que, chez mon second opéré, la tumeur s'est développée sur le dos du pouce précisément au niveau d'une plaie contuse produite par un coup de marteau ; l'apparition de la tumeur a suivi immédiatement la guérison de la plaie.

Quoi qu'en pense Lalitte, l'observation de Heydenreich me paraît tout à fait comparable aux précédentes : un ouvrier ajusteur, âgé de 36 ans, a vu se former une tumeur à la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit dans les circonstances suivantes : il y a dix mois, dans un moment où son doigt était fortement appuyé contre le manche d'un marteau, il éprouva une sensation de forte piqûre à la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit. La douleur fut passagère et le malade ne sut à quoi l'attribuer. Cependant elle reparaissait chaque fois que cette région subissait une forte pression ; et environ un mois après, la deuxième phalange devint sensiblement plus grosse et plus dure. Puis le gonflement put être nettement localisé, et le malade s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur, qui était indolente pendant le repos, mais

gênait le maniement de l'outil et causait pendant le travail une cuisson assez vive. La tumeur continua ainsi à grossir petit à petit. Il y a deux mois, après quelques jours d'un travail plus pénible, le malade vit poindre à la partie latérale interne de la même phalange une seconde tumeur, dont l'accroissement fut plus rapide que celui de la première. C'était en réalité non pas une seconde tumeur, mais une sorte de diverticule de la première.

Le fait rapporté par Villar manque de détails précis; il y a eu un traumatisme, la main a été prise dans une machine, mais ce traumatisme fut suivi seulement de quelques plaies superficielles qui guérirent rapidement sans laisser la moindre trace: c'est à la racine du petit doigt de cette main que le malade découvrit, six ans plus tard, une grosseur du volume d'une tête d'épingle qui acquit peu à peu celui d'une aveline; il n'est pas certain dans ce cas que le siège de la tumeur correspondît à celui du traumatisme qui a précédé son apparition.

Quoiqu'il en soit voilà onze faits (celui de Rizet ayant trait à 2 tumeurs) plus ou moins précis dans lesquels l'apparition du kyste a été précédé soit d'une plaie par instrument tranchant (1 cas), soit d'une piqûre (5 cas), soit de plaies contuses (2 cas), d'une morsure (1 cas), ou enfin de la production d'une ampoule, ou d'un épanchement sanguin sous-cutané, probablement avec plaie; dix fois sur onze le siège de la tumeur est exactement celui du traumatisme et cette coïncidence est nettement indiquée dans les observations.

Nous aurons à discuter bientôt la nature des relations à établir entre les traumatismes et le développement des kystes des doigts, mais avant de quitter ce sujet j'ai à ajouter quelques mots encore.

La face palmaire des doigts et de la main est tellement exposée aux blessures de toute espèce, que bien souvent les accidents qui l'atteignent attirent à peine l'attention et sont bientôt oubliés; qui de nous ne s'est plus ou moins souvent coupé ou piqué les doigts et pourtant ne nous serait-il pas difficile de dire exactement au bout de quelque temps où et comment la chose s'est produite; ceci porte à croire que dans un bon nombre de nos cas un traumatisme a pu se produire avant le développement du kyste sans que le malade en ait gardé le souvenir exact; j'ajoute que dans plus d'un cas d'ailleurs l'interrogatoire ne paraît pas avoir été dirigé dans ce sens.

Un argument sur lequel Poulet a déjà appelé l'attention et qui a de la valeur certainement, est tiré de la profession des malades; fort souvent il s'agit, parmi nos porteurs de kystes des doigts, d'individus tout particulièrement exposés par leurs occupations aux blessures de la main. J'ai fait le relevé des professions indiquées dans les observations complètes, en voici le résultat : j'ai trouvé sur 20 cas dans lesquels l'indication est donnée : 8 soldats, cavaliers, ouvriers du génie ou volontaires, 1 repousseur en cuivre, 1 ajusteur, 1 horloger, 1 ouvrier en instruments de chirurgie, 1 médecin, 1 maréchal, 1 forgeron, 1 menuisier, 1 journalier, 1 porteur au chemin de fer, 1 garçon marchand de vin, enfin 1 employé d'administration ; j'ajoute que parmi les soldats l'un était ancien forgeron. Ne sont-ce pas là des professions qui pour la plupart exposent aux blessures des doigts ? il n'y a guère d'exception que pour l'employé, mais celui-ci précisément devait son kyste à une morsure de son chien. L'on objectera qu'il y a bien d'autres professions dans lesquelles les blessures des doigts sont fréquentes, l'on ne manquera pas de citer les cuisinières par exemple, qui fournissent au panaris par piqûre un si beau contingent, les anatomistes, les chirurgiens; il est facile de répondre à cette objection que précisément dans ces cas les conditions qui permettent au traumatisme de déterminer la formation de kystes n'existent pas, parce qu'il s'agit alors de blessures infectées et qui ordinairement suppurent.

Je résumerai les données étiologiques que je viens de vous soumettre de la façon suivante : les kystes des doigts se rencontrent de préférence dans les parties les plus exposées aux blessures (face palmaire, index); dans un bon nombre de cas il y a coïncidence de siège entre le lieu de développement du kyste et celui d'un traumatisme antécédent; les cas les plus démonstratifs sont ceux où il y a une plaie par instrument tranchant, contondant ou par piqûre; les kystes se rencontrent de préférence chez des individus particulièrement exposés par leur profession aux blessures des doigts; enfin les kystes peuvent se développer dans l'adolescence, l'âge adulte ou la vieillesse; nous en comptons 7 avant 22 ans contre 11 au delà de cet âge.

Symptômes. Marche. Diagnostic.

Les kystes épidermiques des doigts rentrent dans cette catégorie de productions pathologiques que l'on reconnaîtra d'emblée en général lorsque l'on connaîtra leur existence ; si dans la plupart des cas les observateurs sont restés dans le doute, ou ont pensé à des fibrômes, des kystes synoviaux, etc., c'est que jusque-là les kystes épidermiques n'avaient pas été suffisamment décrits ; ce qui le prouve c'est que Rizet par exemple, instruit par quelques faits, a établi plus tard facilement le diagnostic, que Poulet au courant de la question a soupçonné chez son malade l'existence de ce qu'il appelle un kyste dermoïde acquis et l'opération lui a donné raison.

Les kystes des doigts se présentent sous la forme de tumeurs lisses, régulières, arrondies ou ovalaires, et dans ce dernier cas leur grand diamètre est ordinairement parallèle à l'axe du doigt ; exceptionnellement ces tumeurs peuvent former un prolongement dirigé vers la face latérale du doigt ou l'espace interdigital ; elles prennent alors une forme en bissac.

La peau qui recouvre la tumeur, soulevée par elle, ne présente pas d'altération, sauf dans quelques cas un épaississement sous forme de durillon dont la formation s'explique facilement par les frottements et les pressions auxquels l'expose la saillie même de la tumeur, sauf aussi une coloration plus ou moins rosée quand le kyste est enflammé.

La tumeur dont la grosseur varie, comme je l'ai déjà indiqué, du volume d'un pois à celui d'une noix, mais ne dépasse pas en général celui d'une noisette, est tantôt parfaitement libre, mobile sous la peau, mobile sur les parties sous-jacentes ; tantôt plus ou moins adhérente soit au tégument, soit aux gaines tendineuses ; ces adhérences peu étendues d'ordinaire limitent un peu la mobilité ; mais la tension subie par les téguments soulevés peut produire le même résultat ; la peau épaisse des doigts, surtout dans certaines professions prête peu et la tumeur comprimée par cette peau dure sur les parties profondes se trouve plus ou moins fixée ; néanmoins en tout cas, en cherchant à pincer ou à plisser la peau, l'on constate ordinairement que la tumeur en est indépendante.

La consistance du kyste est le plus souvent dure et élastique;

si bien que la première idée qu'éveille cette sensation est celle de fibrome ; exceptionnellement cette consistance peut-être pierreuse, mais cela tient alors à une transformation, à une infiltration calcaire du contenu kystique, dont je ne connais qu'un exemple, celui de Rizet; dans quelques cas au contraire la consistance s'amoindrit, la tumeur devient fluctuante; j'entends que la fluctuation y devient évidente, facile à constater ; mais alors, ou bien la tumeur s'est ramollie par suppuration, ou bien elle a envoyé un prolongement dans le voisinage ; dans le cas observé par Heydenreich l'on éprouvait en pressant sur les deux parties de la tumeur une sensation de crépitation analogue à celle que fournissent les kystes synoviaux à grains riziformes. A part quelques cas, rares d'ailleurs, la tension de la poche ou l'épaisseur de ses parois s'opposent à ce l'on puisse constater de la fluctuation véritable; c'est bien plutôt une sensation d'élasticité qui a fait soupçonner parfois, à Gillette par exemple, la vraie nature de la tumeur.

Généralement à son début et souvent pendant une longue période, le kyste ne donne lieu à aucune sensation pénible; il peut même acquérir d'assez notables dimensions pour entraver les mouvements, s'opposer à la flexion complète, sans qu'il y ait autre chose qu'une gêne mécanique, mais non douloureuse. Cependant l'on peut dire que, assez fréquemment, l'évolution de la tumeur se divise en deux périodes, une période de latence, d'accroissement lent et d'indolence, et une seconde période d'accroissement plus rapide, de gêne mécanique, d'état douloureux et parfois enfin d'inflammation. Ce sont alors les pressions occasionnées par le maniement des outils comme chez mon horloger, comme chez l'ajusteur de Heydenreich et d'autres encore qui réveillent la douleur ; celle-ci paraît localisée dans la peau qui recouvre la tumeur; elle est souvent comparée à une sensation de piqûre. Dans le cas de Villar la douleur paraissait s'irradier le long d'un trajet nerveux ; le kyste occupait la racine du petit doigt et le malade ressentait parfois des élancements douloureux le long du bord cubital de l'avant-bras.

Quelquefois, disais-je, la tumeur s'enflamme ; elle peut alors rompre son enveloppe et former un prolongement sous-cutané (Heydenreich) ou bien s'ouvrir à l'extérieur (Gross); l'on trouvera alors les tissus voisins plus ou moins transformés par l'inflammation, et le contenu du kyste mélangé de globules de pus.

La marche des kystes des doigts est donc caractérisée par un

accroissement graduel, pouvant à un moment donné subir une accélération notable; alors ou bien la tumeur est enlevée, ou bien, abandonnée à elle-même, elle peut finalement s'enflammer et s'ouvrir au dehors; dans ce dernier cas une communication peut s'établir avec l'extérieur et devenir permanente. Cette dernière terminaison est celle qui est indiquée dans une des observations de Gross ; cette observation est assez particulière car le pertuis remarqué au moment de l'opération, existait auparavant, sans que l'on nous dise depuis quand ; ses parois étaient tapissées d'un épithélium et l'on peut se demander s'il n'était pas le vestige persistant du traumatisme primitif dû à une pointe de cuivre. Un pertuis semblable paraît avoir existé chez le malade observé par Godlee; il y avait, dit cet auteur, au sommet de la tumeur un point noir, ce qui lui fait considérer le néoplasme comme un kyste sébacé; il s'agit du reste d'une simple mention et il n'est pas indiqué si par ce pertuis pouvait sourdre le contenu sous la forme d'un vermicelle blanchâtre comme chez l'opéré de Gross.

Enfin pour en finir avec les terminaisons, je rappelle que d'après un fait de Rizet qui n'est malheureusement pas suffisamment détaillé, la tumeur pourrait devenir stationnaire par calcification ; l'analogie permet de regarder ce mode de terminaison comme très possible.

Comme on le voit le diagnostic ne sera pas à l'avenir très difficile pour le clinicien averti de l'existence de ces tumeurs. Leur siège à la face palmaire des doigts, leur forme régulière, leur consistance élastique et dure, leur indépendance complète ou presque complète de la peau et des tissus profonds, des gaines tendineuses en particulier, leur développement à la suite d'une plaie de date plus ou moins reculée, devront faire soupçonner leur nature; leur marche progressive mais très lente en tout cas pendant assez longtemps, puis plus rapide, sera un élément de plus pour le diagnostic ; une ponction au bistouri laissant sortir le contenu caractéristique, ou l'évacuation de ce contenu par une ouverture spontanée ne laisseraient plus de doute. Si jusqu'ici la nature de la tumeur n'a été reconnue que pendant l'opération et a presque toujours été une surprise pour l'opérateur, cela tenait, je le répète, à ce que l'existence de ces kystes épidermiques des doigts était presque complètement ignorée ; c'est surtout avec les fibromes ou les kystes synoviaux qu'il pourrait y avoir confusion.

Traitement.

Dès que les kystes des doigts ont acquis un volume suffisant pour gêner les mouvements, ou dès qu'ils sont devenus douloureux, il est indiqué d'en débarrasser les malades ; fort heureusement avec les précautions voulues nous n'avons pas à craindre aujourd'hui de complications ; attendre serait s'exposer à voir la tumeur, sous l'influence de son accroissement, des froissements qu'elle subit, être de plus en plus exposée à s'enflammer ; il deviendrait alors plus difficile de la séparer des parties voisines par énucléation, et il faudrait, sous peine de laisser des parcelles de la paroi kystique, dépasser ses limites, pratiquer une opération plus compliquée et dans de moins bonnes conditions de guérison ; opérer dans des tissus enflammés expose forcément, malgré toutes les précautions, à voir la plaie opératoire suppurer.

A priori étant donnée la constitution anatomique des kystes des doigts, il n'y a pas de doute que l'extirpation complète de la poche, contenu et contenant, ne soit le seul procédé qui mette à l'abri de la récidive ; comme cela est le cas pour les kystes sébacés et pour les kystes dermoïdes, la plus petite parcelle des couches épithéliales profondes suffit à donner lieu à la reconstitution d'un nouveau sac kystique. C'est du reste le procédé qui a été presque toujours adopté et avec raison. Dans un cas cependant, Guermonprez, obligé de se conformer au désir formel du malade, se borna à ouvrir le kyste et à évacuer son contenu ; la plaie se ferme ; huit jours après une pièce de fer tombe sur ce doigt qui s'enflamme, la cicatrice est ouverte et donne issue à une petite quantité de pus au milieu duquel se trouve un kyste sphérique du volume d'une petite cerise. L'année suivante le même forgeron se présente de nouveau ; la tumeur s'est reproduite et cette fois elle est extirpée. Que veut dire ceci ? d'abord que l'incision est insuffisante, j'ai dit d'ailleurs que Guermonprez n'avait pas eu le choix ; en second lieu que l'inflammation de la poche, l'évacuation consécutive d'un kyste sphérique n'assure pas la guérison ; les parties périphériques de la paroi kystique, les couches épithéliales actives n'avaient probablement pas été éliminées ; la couche cornée épaisse seule s'était détachée comme elle se détache à la sur-

face d'un vésicatoire par une sorte de desquamation en blo rien dès lors d'étonnant que la tumeur se soit reproduite.

Il est fort probable que c'est à une extirpation incomplè que l'on doit attribuer la récidive observée dans un des cas pu bliés par Demay ; la première opération a été pratiquée par d Ranse ; la tumeur fut mise à nu par une incision profonde, de pressions latérales lui firent faire hernie à travers la plaie on la saisit avec une pince et on détacha facilement les adhé rences qui la retenaient particulièrement au niveau de l'inser tion du tendon du fléchisseur profond ; il est noté qu dans ces manœuvres le kyste s'est ouvert sous les mors de la pince pendant que l'on détachait les adhérences, et, dans le flacon contenant la pièce remise à Demay, celui-ci trouva à côté du kyste deux petits fragments isolés formés d'épithélium : i est donc certain que la tumeur n'a pas été enlevée en bloc, de là à supposer que l'ablation a pu être incomplète il n'y a qu'un pas ; il est donc bien probable que l'origine de la première récidive est là. Il est moins facile de s'expliquer la seconde, la tumeur ayant été enlevée par Broca avec les tissus qui l'entouraient, mais la nature même de la dernière tumeur traitée par la cautérisation nous est inconnue : elle a été considérée par Gillet de Grandmont comme un névrome cicatriciel et elle était peut-être en partie kystique à ce qu'il semble, puisque sous l'escarre produite par le caustique s'écoula à un moment donné un liquide filant.

Sauf ces deux cas de Guermonprez et de Demay, l'opération consistant dans l'ablation de toute la tumeur a été suivie de succès, aucune récidive n'est indiquée.

Ordinairement l'énucléation est facile, elle s'exécute comme celle des loupes ; tout au plus a-t-on à disséquer parfois quelques adhérences profondes aux tendons ou à leur gaine, ou bien à circonscrire un fragment de peau à laquelle la tumeur est fixée. Dans le cas de Poulet, la tumeur enlevée, on s'aperçut qu'elle avait un petit prolongement sous-aponévrotique; on se borna à gratter ce pertuis et à laver la plaie avec la solution phéniquée forte ; l'observation porte qu'il n'y eut pas de récidive ; il aurait certainement mieux valu extirper ce prolongement que se borner à le gratter, procédé à mon sens tout à fait insuffisant.

Dans les cas où la tumeur est ouverte et enflammée, il faudra redoubler de précautions et enlever les tissus adhérents au

kyste ; le cas de Gross qui rentre dans cette catégorie ne paraît pas du reste avoir présenté de difficultés ; Heydenreich qui avait affaire aussi à un kyste enflammé dut se servir de l'instrument tranchant pour séparer la tumeur et son prolongement des parties voisines.

Pathogénie et nature des kystes des doigts.

Vous vous souvenez, Messieurs, des différentes opinions émises sur la nature des kystes des doigts et leur développement ; ces opinions peuvent se résumer ainsi : les uns les ont considérés comme des kystes par rétention ayant pour origine les glandes sébacées ou les glandes sudoripares, d'autres en ont fait des kystes dermoïdes, c'est-à-dire des tumeurs d'origine congénitale, enfin les derniers, considérant leurs rapports avec les traumatismes et les comparant aux tumeurs perlées de l'iris, y ont vu le produit de greffes traumatiques.

Il est évident que, les glandes sébacées n'existant pas à la face palmaire de la main ou des doigts, la première opinion n'est pas soutenable ; je n'admets nullement l'explication donnée par Küster et qui n'est pas autre chose qu'une pétition de principe : « les athéromes de la face palmaire de la main et des doigts, dit-il, paraissent être tout à fait extraordinairement rares, car ils ne sont signalés nulle part ; néanmoins je connais, d'après une communication orale de M. le médecin d'état-major Hahn un second cas analogue. Ces deux observations sont en réalité très frappantes, car l'on sait que la face palmaire de la main ne possède ni poils ni glandes sébacées ; cependant celles-ci doivent se présenter çà et là isolées, *comme* ces *observations le montrent;* ces glandes aberrantes deviennent d'autant plus facilement malades qu'à la paume elles sont exposées à des traumatismes fréquents. »

Plusieurs auteurs anglais ont qualifié les kystes des doigts qu'ils observaient de kystes sébacés, mais sans toujours attribuer à ce terme d'importance au point de vue de l'origine des tumeurs ; leur contenu était pour eux de la matière sébacée et voilà tout ; Godlee qui en a vu trois cas a remarqué dans le dernier la présence d'un petit point noir comme on en voit d'habitude dans les kystes sébacés, il ne voit pas du reste comment le développement d'un kyste sébacé dans cette région peut s'expliquer.

Le président de la Société pathologique de Londres, Whitaker Hulke cherche à donner cette explication demandée : il dit qu'il y a plusieurs cas de kystes sébacés de la chambre antérieure de l'œil qui se sont développés à la suite de plaies pénétrantes de la cornée intéressant l'iris ; dans ces cas il semble probable qu'au moment de la blessure quelque glande sébacée a été transplantée sur l'iris ; cette théorie pourrait expliquer aussi, d'après lui, le développement de kystes sébacés à la face palmaire du doigt.

Le transport d'une glande sébacée dans l'épaisseur d'un doigt par un traumatisme, suppose que celui-ci a été double ; d'une part le doigt a été lésé et a laissé passer par effraction la glande transportée, d'autre part celle-ci a été empruntée à une région qui en possède, grâce à une autre blessure ; si le transport est facile à comprendre de la paupière à l'œil, il ne l'est plus du tout dans le cas des doigts, aucune glande ne se trouvant dans le voisinage de leur face palmaire ; l'explication paraît avoir été imaginée un peu à la légère, ou avoir été incomplètement donnée dans le compte rendu du *British medical journal* où je la lis.

Je note en passant que Hulke paraît avoir été le premier à entrevoir les rapprochements à faire entre les kystes des doigts et les tumeurs iriennes d'origine traumatique.

Nous ne pouvons donc admettre que nos kystes soient des kystes sébacés ; il n'y a pas de glandes sébacées dans la région, et le transport d'une glande empruntée à une autre partie est invraisemblable. Dans quelques cas cependant il pourrait y avoir quelque doute ; c'est d'abord celui de mon maréchal, mais quoique son kyste fût développé à la face dorsale, il siégeait dans une région absolument dépourvue de poils et était nettement consécutif à un traumatisme ; c'est aussi le cas de Villar, qualifié kyste sébacé parce qu'il était situé à la fois sur la face palmaire et sur cette partie de la commissure interdigitale qui répond à la face externe de l'auriculaire ; la fin de l'observation semble du reste indiquer que la tumeur était primitivement palmaire et s'était prolongée du côté de la commissure, et je ne vois aucune raison pour faire de ce cas un kyste sébacé puisqu'il est né dans une région dépourvue de glandes sébacées.

Les quelques doutes que l'on pouvait avoir sur ces deux cas ne me paraissent donc nullement justifiés ; d'ailleurs il resterait, même en retranchant ces deux faits, un nombre respectable d'observations concluantes.

Puisque je m'occupe en ce moment de la théorie glandulaire des kystes des doigts, il est à propos de dire quelques mots de l'idée émise par Demay au sujet de son second malade; j'ai déjà indiqué que l'auteur considérait la tumeur comme due à une altération des glandes sudoripares; il en fait un adénome sudoripare; je rappelle que la tumeur développée à la suite d'un traumatisme est enlevée d'abord par de Ranse, récidive, est extirpée une seconde fois par Broca, récidive encore, et est détruite par les caustiques; les deux pièces de de Ranse et de Broca ont été examinées par Demay; dans la première il trouve un kyste formé d'une couche conjonctive, et d'une couche épitheliale, et, tant dans l'une que dans l'autre, il est frappé de la présence d'îlots formés d'une matière amorphe granuleuse, parsemée d'énormes noyaux; il est porté à croire, malgré l'absence totale de conduit excréteur, qu'il s'agit d'une altération d'une glande sudoripare; ce qui le confirme dans cette opinion c'est l'examen de la seconde pièce; l'ablation a été faite largement, non par énucléation, mais par extirpation d'un fragment de tissus y compris la peau; cette fois on trouve un kyste épidermique présentant une paroi formée d'un épithélium pavimenteux stratifié à cellules crénelées comme dans les couches moyennes de l'épiderme et munies d'un noyau volumineux; ces cellules sont rangées en couches successives analogues à celles de l'épiderme normal et la cavité centrale renferme des cellules cornées; autour de ce kyste les glandes sudoripares sont altérées, les unes montrent des tubes hypertrophiés, les autres sont presque entièrement dégénérées et sont transformées en amas informes dans lesquels on ne distingue plus trace de tubes; l'on reconnaît à un plus fort grossissement que « le tissu conjonctif qui entoure ces glomérules est condensé de façon à former une sorte de coque fibreuse et que les tubes glandulaires ont complètement disparu. A leur place, dans l'intérieur de cette coque on aperçoit des amas amorphes au milieu desquels se montrent des éléments nucléaires, des cellules épithéliales desquamées. Le centre est à peu près vide. »

J'ai déjà dit les doutes que la description et les figures de Demay ont laissés dans mon esprit; en tout cas il m'est impossible d'y trouver en aucune façon la démonstration de l'origine sudoripare du kyste; si le premier renfermait un liquide qui est d'abord comparé à celui des ganglions du poignet et plus loin qualifié de bouillie granulo-graisseuse, contradiction embarras-

sante, le second est rempli de cellules épidermiques cornées en desquamation; les altérations des glandes sudoripares sont reconnues au voisinage du kyste, celui-ci en est indépendant, il n'est pas question pour lui de vestiges de canal excréteur, et si réellement les glandes sudoripares sont en cause, je suis plus disposé à voir dans leurs modifications des altérations secondaires dues soit au développement du kyste, soit aux suites de la première opération. Vous vous souvenez que dans mon observation personnelle il y avait aussi des altérations des glandes sudoripares sans que rien permît d'y voir autre chose que des lésions accessoires.

La marche clinique des kystes des doigts, l'existence même d'une cavité kystique, la nature de son contenu, éloignent absolument ces tumeurs de celles qui ont été décrites par Verneuil et par Broca sous le nom de polyadénomes sudoripares et Demay n'est nullement justifié à faire rentrer son observation dans cette catégorie de faits.

Chavasse, de son côté, a émis l'hypothèse que sa tumeur perlée était née aux dépens d'une glande sudoripare; Gross dit avec raison : « la pathologie des glandes sudoripares est aujourd'hui bien connue et il nous semble douteux que les cellules épithéliales qui président à la secrétion de la sueur puissent se transformer en cellules épidermiques cornées. » J'ajoute que jusqu'ici rien dans les examens histologiques connus ne permet d'accepter cette pathogénie, que d'ailleurs on ne s'expliquerait pas la situation variable des tumeurs; dans le cas de Poulet la tumeur avait un prolongement sous-aponévrotique; comment comprendre ce fait dans l'hypothèse de Chavasse?

Un bon nombre de nos observations sont intitulées kystes dermoïdes et c'est Rizet qui, le premier, si je ne me trompe, a adopté cette désignation; il ne donne du reste aucun argument en faveur de sa manière de voir et ses examens histologiques sont beaucoup trop sommaires pour avoir la moindre valeur démonstrative. C'est sous le même titre que sont désignées les observations de Polaillon, de Muron, de Heydenreich, de Kirmisson et de Guermonprez; Lalitte et Guermonprez surtout se sont attachés à défendre cette interprétation de la nature des kystes des doigts, en combattant l'hypothèse qui en fait des produits de greffes traumatiques; ils séparent du reste des kystes dermoïdes des doigts les tumeurs perlées décrites par Gross.

D'autre part, Lannelongue[1], dans son important et si intéressant Traité des kystes congénitaux nous dit : « le nombre de ces kystes des doigts qu'on pourrait considérer comme véritablement dermoïdes est très restreint; » il en distrait les tumeurs perlées et, d'élimination en élimination, il ne conserve que les observations de Polaillon, de Kirmisson et de Heydenreich qui lui paraissent plus probantes; il fait remarquer que dans aucun cas ces tumeurs n'ont fait leur apparition à la naissance ou même dans l'enfance, particularité qui leur est commune avec les tumeurs perlées ; on le voit, Lannelongue si compétent en pareille matière est loin d'accepter sans réserves ces trois faits triés avec soin, comme absolument démonstratifs.

Je vais essayer de montrer que les arguments invoqués par les défenseurs de la nature dermoïde de nos kystes ne sont pas bien solides, que quelques-uns même sont inexacts.

Et d'abord le siège même des kystes des doigts correspond de beaucoup le plus souvent à leur face antérieure ou palmaire ; ce n'est pas sur les faces latérales, mais sur la face palmaire qu'ils se développent; dans les deux observations dans lesquelles nous voyons la face latérale, ou la région de la commissure envahie, cet envahissement a été secondaire. Or, on admet généralement que les kystes dermoïdes ont pour siège d'élection certaines régions plus favorables que d'autres à un enclavement du feuillet ectodermique du blastoderme ; ce sont celles où les fentes primitives par exemple disparaissent par soudure. A priori il semble qu'aux doigts c'est sur les faces latérales ou la commissure, dans les parties en un mot où se forment dans la palette primitive les échancrures qui dessinent à l'origine les appendices digitaux, que pourrait se produire l'enclavement, et nous ne voyons aucune raison, au contraire, pour que celui-ci s'effectue à la face palmaire. C'est une supposition par trop gratuite que celle avancée par Lalitte en ces termes : « Existe-t-il sur la face palmaire une gouttière qui se comble par la soudure de ses deux bords libres? nous l'ignorons. Si elle existait il serait facile d'expliquer par la soudure prématurée des bords, l'inclusion d'un cul-de-sac cutané, qui plus tard perdrait toute connexion avec la peau du voisinage. » Rien n'indique que cette hypothèse ait le moindre fondement,

[1] Lannelongue et Achard. Traité des kystes congénitaux. Paris, 1886.

et il faut bien accorder que les kystes des doigts se développent précisément dans la partie de ces organes la moins favorable à la formation d'un enclavement de l'ectoderme. Il en est absolument de même en ce qui concerne les quelques cas de tumeurs kystiques de la paume de la main.

Les kystes dermoïdes sont des productions embryonnaires, comme on sait ; à la naissance leur petit volume peut expliquer qu'ils ne soient pas remarqués, mais c'est ordinairement pendant l'enfance que l'on s'aperçoit de leur présence ; d'après Lannelongue, pour les kystes siégeant dans des régions superficielles, aisément accessibles, comme la queue du sourcil par exemple, la congénialité n'est pas contestée, bien que ces kystes ne soient souvent remarqués que vers l'âge de sept ou huit ans : « les faits sont nombreux dans lesquels la congénialité est certaine et le plus souvent, lorsqu'elle n'a pas été notée, c'est du moins pendant l'enfance que la tumeur a pour la première fois appelé l'attention. » Or, les tumeurs qui siègent à la face palmaire des doigts ne peuvent tarder, malgré leur petit volume, à se faire remarquer, la moindre saillie anormale devra frapper bien plus dans cette région que dans toute autre, par le fait de la destination de ces organes au toucher et à la préhension ; mais précisément nous ne connaissons pas aujourd'hui un seul exemple de kyste des doigts qui ait été remarqué avant l'âge de 15 ans et sur l'ensemble de nos observations comprenant, il est vrai, des kystes épidermiques des deux variétés, je n'en trouve que 7 qui aient été observés pour la première fois entre 15 et 22 ans. Cela est d'autant plus étonnant que dans plusieurs cas il s'agit de militaires qui n'auraient pas manqué de faire valoir la présence d'une tumeur d'un doigt, si petite fût-elle, ou d'individus astreints à manier différents outils ou instruments, et par conséquence mis en quelque sorte par leurs occupations sur la trace d'une tumeur des doigts.

Si Lalitte se base pour faire des kystes des tumeurs dermoïdes sur le fait que dans cinq de ses observations l'apparition de la tumeur a eu lieu au commencement de l'âge adulte, il n'y est pas justifié ; en rassemblant un plus grand nombre d'observations, en n'éliminant pas les tumeurs perlées, on arrive à se convaincre que dans la majorité des cas au contraire la tumeur a apparu tardivement ; d'ailleurs l'âge de développement des kystes dermoïdes n'est pas l'âge adulte, mais l'adolescence, l'époque de la puberté (Lücke) ; l'argument tiré de l'âge bien

loin d'amener à considérer nos tumeurs comme des kystes dermoïdes, tend au contraire à les en séparer.

La même insuffisance dans le nombre des observations a amené Lalitte à interpréter dans un sens favorable à son hypothèse, un fait beaucoup plus rare proportionnellement qu'il ne l'a avancé ; dans deux cas celui de Desprès et celui de Kirmisson, on a remarqué chez les malades la présence d'une autre tumeur considérée comme dermoïde ; deux fois sur huit, c'est-à-dire dans le quart des cas d'après Lalitte, cette coïncidence aurait eu lieu ; mais le cas de Desprès est seul concluant, le malade ayant été opéré pour un kyste dermoïde du sourcil ; celui de Kirmisson l'est moins, car la tumeur n'a pas été enlevée et l'auteur dit simplement que son malade portait une petite tumeur, probablement de même nature (c'est-à-dire dermoïde) dans la région parotidienne gauche. Il ne nous reste donc qu'un fait certain, celui de Desprès ; mais même en considérant celui de Kirmisson comme authentique, cela fait en face d'un ensemble de 32 observations, une proportion bien faible et tout à fait insuffisante pour en faire un argument de quelque valeur.

En face de la théorie traumatique, de l'hypothèse d'une greffe accidentelle, et de ce fait que dans plusieurs cas le développement des kystes a suivi un traumatisme, que le siège du kyste a été celui de la blessure, les partisans de la nature dermoïde des kystes des doigts ont dû chercher à interpréter à leur façon l'action de ces traumatismes ; Guermonprez en particulier nous dit : « De notre temps, où l'élément traumatique est parfois admis, sans être parfaitement constaté, absolument prouvé, il n'est pas mauvais de remarquer l'absence de cause véritablement vulnérante. Le travail professionnel n'est donc pas une cause proprement dite des kystes dermoïdes des doigts. Chez un sujet prédisposé, il peut être l'occasion du développement de la tumeur. Chez un sujet déjà porteur d'un kyste dermoïde du doigt, il peut déterminer l'inflammation de ce kyste. En aucun cas, il ne peut y avoir assimilation complète avec une blessure contractée par le fait d'un travail professionnel. »

S'il est vrai que dans un bon nombre de cas aucun traumatisme positif ne se trouve signalé, et peut-être dans quelques-uns parce que l'interrogatoire n'a pas été dirigé sur ce point, on ne peut contester que dans une proportion respectable d'observations on voit la tumeur se former après le trau-

matisme (11 fois), et précisément au siège de la blessure (1 fois), que plusieurs fois il est expressément indiqué que le kyst siège en un point marqué d'une cicatrice, qu'il est même quel quefois adhérent à cette cicatrice. Est-il raisonnable de sup poser que pour une affection aussi rare que les kystes de doigts, le hasard ait fait que 10 fois une blessure eut été pro duite précisément, exactement au point où une inclusion em bryonnaire était là toute prête à se développer, n'attendant en quelque sorte que cette incitation pour former un kyste der moïde ?

Il est donc impossible d'admettre l'interprétation de Guer monprez ; et comme nous le verrons la coïncidence de siège d'une blessure et d'un kyste du doigt nous oblige à en chercher une autre.

La structure des kystes des doigts est-elle celle des kystes dermoïdes? Il nous faut examiner cette question aussi, quoi qu'elle n'ait pas toute l'importance qu'il semble au premier abord.

Cependant remarquons que dans plusieurs de nos observa tions la tumeur était adhérente à la peau, si bien qu'il a fallu réséquer une partie des téguments ; ce n'est pas ce qui arrive généralement pour les kystes dermoïdes, ceux-ci sont plutôt en connexion plus intime avec les parties profondes, le périoste par exemple pour les kystes de la queue du sourcil, et ceci est très probablement en rapport avec leur mode de production ; dans certains cas il est vrai que l'on a aussi signalé pour les kystes des doigts des adhérences profondes avec la gaine du tendon, ou le tendon lui-même, à la troisième phalange, mais ces adhérences ont toujours été facilement disséquées ; jamais on n'a dû se servir des ciseaux comme cela arrive souvent pour les kystes dermoïdes ; dans un seul cas la tumeur n'a pu être énucléée et l'on a dû la disséquer avec l'instrument tranchant, mais c'est qu'elle était enflammée (Heydenreich).

Le contenu des kystes des doigts est semblable à celui des kystes dermoïdes, il est formé d'une masse pâteuse, demi-li quide, blanche ou jaunâtre, formée de cellules épidermiques, de graisse, de cholestérine ; jamais, il est vrai, l'on n'y a trouvé de poils, mais cela n'aurait rien d'étonnant dans l'hypothèse d'une inclusion embryonnaire ; celle-ci se produisant dans une région qui n'est pas destinée à porter des follicules pileux, il serait contraire à la théorie admise de rencontrer ceux-ci dans

la tumeur. Le contenu donc ne présente aucune particularité saillante donc nous puissions tirer parti.

Il n'en est pas tout à fait de même du contenant, de la paroi kystique. Remarquons d'abord que, tandis que les kystes dermoïdes typiques représentent un petit sac de peau, composé d'un revêtement épidermique et d'un derme plus ou moins complet, avec ses papilles et ses glandes, nous sommes loin de retrouver dans nos tumeurs une structure aussi complexe; les papilles y ont été rencontrées une seule fois et dans une partie restreinte seulement de l'une des tumeurs ; les glandes sébacées manquent ainsi que les poils, ce qui n'a rien d'étonnant, les glandes sudoripares font aussi défaut, ce qui est plus surprenant pour une région qui en est si bien pourvue ; nous avons vu en effet que dans aucun des cas où des glandes sudoripares dégénérées ont été rencontrées au voisinage de la paroi kystique l'on n'a pu démontrer qu'elles lui appartinssent ; enfin le derme lui-même peut faire défaut ou bien être réduit à quelques vestiges d'un tissu conjonctif délicat qui a perdu tous les caractères du derme.

Il est vrai de dire que les kystes dermoïdes sont susceptibles d'assez grandes variations dans leur structure, que les glandes, les papilles peuvent y manquer, et qu'à côté des kystes dermoïdes proprement dits, quelques auteurs ont cherché à faire une place pour des tumeurs épidermoïdes d'origine congénitale [1].

La question de la véritable nature et de l'origine des kystes des doigts ne peut donc être tranchée par leur étude histologique ; les quelques remarques que je viens de faire au sujet de la structure des kystes des doigts ne sont qu'un léger appoint aux objections plus sérieuses que m'a fournies l'étude des caractères cliniques de ces tumeurs contre l'opinion de ceux qui y voient des kystes dermoïdes. Si comme je le crois les kystes des doigts ont pour origine une inclusion traumatique, il n'y aurait rien de très étonnant à ce que leur structure fût analogue à celle des kystes dermoïdes dont l'origine est une inclusion embryonnaire.

Voyons maintenant sur quels arguments s'appuie la théorie

[1] Voir à ce sujet : Felix Franke. Ueber Atherome besonders mit Bezug auf seine Entstehung. *Archiv fur klin. Chir. von Langenbeck*, XXXIV Bd. 3e H.

traumatique des kystes des doigts, celle de la greffe profon (Gross).

Le premier qui ait entrevu cette théorie me paraît êt Hulke, mais les quelques mots de lui que j'ai cités avaiei probablement passé inaperçus, lorsque Gross fut ramené à l même hypothèse par l'observation de ses deux malades ; il était préparé par l'étude qu'il avait faite autrefois de la pièc de tumeur perlée de l'iris de Monoyer. Retrouvant dans se deux tumeurs des doigts la même structure, il fut naturellemen amené à supposer que le mode de formation était le même. Voici du reste ses propres paroles : « La formation des tumeurs perlées de l'iris par greffe irienne étant un fait parfaitement démontré, ce mode de développement ne serait-il pas applica- ble aux tumeurs perlées observées dans d'autres organes ? A priori, l'hypothèse d'une greffe épidermique profonde semble bien admissible pour expliquer l'origine des deux tumeurs que nous avons rencontrées. Dans les deux cas, l'apparition de la tumeur a succédé à un traumatisme du doigt. Dans plusieurs des observations présentées par Rizet, le traumatisme est éga- lement noté dans les antécédents. N'est-il pas permis, dès lors, d'admettre qu'une petite parcelle de la couche de Malpighi ait été refoulée, enfouie sous le derme dans le tissu cellulaire sous- jacent ? Continuant à végéter, elle a donné naissance à des cellules épidermiques qui se sont ultérieurement groupées en perle épidermique absolument comme dans la greffe irienne consécutive au traumatisme de la cornée. »

Les tumeurs perlées de l'iris qui présentent la plus grande analogie de structure avec celles des doigts sont essentiellement formées de cellules épidermiques tassées les unes contre les autres : quelquefois la tumeur est entourée d'une mince couche de tissu conjonctif, quelquefois elle est creusée dans son centre d'une cavité remplie de bouillie athéromateuse ; ces tumeurs englobent quelquefois des cils coupés, ou bien l'un de ceux-ci entier cette fois plonge son bulbe dans le centre de la masse : à l'œil nu ce sont de petites perles blanchâtres ou brillantes appliquées sur l'iris ou vers son bord.

Hulke avait déjà fait remarquer en 1869 que dans un grand nombre de cas de kystes de l'iris il y avait eu une lésion mécani- que et que le kyste pouvait provenir de ce qu'une partie de la mem- brane de Descemet, arrachée de la face postérieure de la cor- née, a été entraînée contre l'iris à la façon d'un corps étranger;

mais c'est à Rothmund qu'est due une hypothèse que les faits expérimentaux ont justifiée depuis; en 1872 Rothmund, s'appuyant sur le fait que les tumeurs perlées de l'iris se développent souvent à la suite de plaies pénétrantes de la cornée, supposa que leur formation pouvait être due à l'introduction dans l'œil par la blessure de petits fragments de peau arrachés soit aux joues, soit aux paupières.

Cette supposition combattue d'abord assez vivement par Monoyer, suscita un certain nombre de recherches expérimentales dues à von Dooremale (1873), Goldzicher (1874), Schweninger (1875), Hosch, de Bâle (1880-81) ; de son côté Masse sans connaître ces recherches faites à l'étranger était arrivé par la voie expérimentale à des résultats probants, qui se trouvent consignés dans deux communications faites à l'Académie des sciences le 28 mars 1881 et le 20 janvier 1883, dans une communication faite au Congrès français de chirurgie, le 9 avril 1885, et dans un travail important comprenant tous les faits relatifs à cette question [1], travail auquel j'ai emprunté les renseignements qui précèdent.

Le professeur de Bordeaux rassembla toutes les observations qu'il put trouver dans la littérature, s'aida de l'expérimentation sur les animaux et montra que les tumeurs perlées de l'iris peuvent réellement se former par greffe de fragments épithéliaux sur cette membrane. L'étude clinique lui montra que dans un grand nombre des cas de kystes ou de tumeurs perlées on pouvait retrouver un traumatisme avec plaie pénétrante de la cornée ; la présence de cils dans la chambre antérieure de l'œil dans un certain nombre d'observations, prouve que de petites parcelles de tissus peuvent être arrachées aux parties voisines de l'œil et à l'œil lui-même par l'instrument qui produit le traumatisme de la cornée et qui les introduit avec lui dans la chambre antérieure de l'œil. Les petites parcelles de tissus qui pénètrent ainsi dans la chambre antérieure de l'œil peuvent se greffer sur l'iris et donner naissance à de véritables tumeurs.

Dans plusieurs cas on a vu soit un cil coupé englobé dans une tumeur perlée de l'iris, soit un cil entier y être plongé par son bulbe.

[1] E. Masse. Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris. Rôle du traumatisme et de la greffe dans la formation de ces tumeurs. Paris, 1885, Masson.

Les expériences faites par Masse sur des lapins en introduisant dans la chambre antérieure de l'œil des lambeaux de conjonctive, des lambeaux de peau, des fragments de cornée ont donné lieu à la production soit de petits kystes, soit de tumeurs perlées; des cils munis de leur follicule peuvent également se greffer sur l'iris. Les cellules des follicules pileux deviennent, d'après Masse, le germe de véritables tumeurs épithéliales.

Hosch en portant sur l'iris de petites particules de peau avec leurs poils a vu plusieurs fois se former un gros kyste recouvert d'une couche régulière d'épithélium pavimenteux et rempli d'un contenu athéromateux.

Nous voyons ainsi se former expérimentalement dans l'œil, par greffe de portions de téguments, des tumeurs épidermiques des deux variétés que nous avons signalées dans les doigts, d'une part des tumeurs perlées, d'autre part des kystes épidermiques avec cavité centrale remplie de bouillie athéromateuse.

La théorie de Rothmund se trouvait, par ces recherches, définitivement démontrée admissible pour ce qui concerne les tumeurs perlées de l'œil. — Est-elle également applicable aux kystes épidermiques des doigts?

En ce qui regarde l'étiologie, je vous ai montré que dans un nombre important de faits la tumeur a été précédée, à plus ou moins longue échéance, d'une blessure siégeant exactement au point occupé plus tard par le kyste; dans un seul cas sur onze nous ne savons pas s'il y avait coïncidence de siège; dans les dix autres elle est affirmée de la façon la plus formelle. L'intervalle indiqué entre le traumatisme et l'apparition de la tumeur a beaucoup varié, mais cet intervalle, fut-il même de plusieurs années, n'aurait rien de contraire à l'hypothèse de la greffe profonde; « il a fallu quelquefois, dit Armaignac dans une communication sur les kystes et les tumeurs perlées de l'iris, un an, deux ans, huit ans, vingt-huit ans même dans une observation de M. de Wecker pour qu'un kyste ou une tumeur perlée se développât après un traumatisme, » et dans d'autres cas l'apparition de la tumeur a suivi de beaucoup plus près la blessure; il n'y a pas de raisons pour que les choses se passent d'une façon différente aux doigts.

Je vous ai rendu attentifs à ce fait qu'un grand nombre des malades observés appartenaient à des professions les exposant particulièrement aux blessures des doigts, et c'est un argument

en faveur de la théorie que nous discutons; mais je vous ai fait remarquer aussi que nous sommes en quelque sorte, tous tant que nous sommes, exposés à mainte blessure dans cette région; comment se fait-il alors, dira-t-on, que les exemples de kystes des doigts soient si rares? Cette rareté me semble s'expliquer assez facilement; pour qu'une greffe s'effectue il faut deux conditions, d'abord il faut qu'un fragment cutané ou épidermique soit arraché et entraîné dans les parties profondes, il faut en second lieu qu'il reste dans ces tissus profonds et qu'il y adhère et continue à vivre. La première condition n'est pas réalisée facilement par les coupures franches, par les piqûres produites par un instrument bien acéré, les tissus sont divisés mais non morcelés; mais précisément nous voyons dans nos observations que les kystes d'origine franchement traumatique ont succédé à un coup de marteau, à une plaie produite par la pression d'une baïonnette, à une morsure de chien, à une blessure produite en fendant du bois, à une chute sur un clou, à une piqûre par une pointe de cuivre, une seule fois à l'incision d'un phlegmon, une fois la tumeur a succédé à une piqûre et enfin dans le cas de Heydenreich elle a été précédée d'une sensation de piqûre.

Poulet, à l'occasion du malade blessé par un clou, a fait quelques expériences avec des mains de cadavre qu'il faisait frapper sur un clou planté dans une planche et il a constaté l'introduction réelle par ce mécanisme de fragments de téguments dans les parties profondes.

Ce sont donc certains traumatismes produits particulièrement par des instruments mal affilés ou peu acérés qui réalisent les conditions les plus favorables à l'introduction de greffes. Mais il ne suffit pas que le fragment de tissu soit introduit, il faut qu'il reste en place et se fixe et pour cela il faut une plaie plutôt étroite, irrégulière, qui ne permette pas au sang qui s'écoule d'entraîner le fragment; il faut encore que cette plaie guérisse sans suppuration, que le fragment implanté lui-même ne joue pas le rôle d'un porteur d'infection; il faut enfin que ce fragment comprenne dans son épaisseur des éléments vivants, c'est-à-dire pour le moins les cellules de la couche profonde de l'épiderme, la couche de Malpighi. Si la plaie suppure, le fragment sera expulsé mécaniquement et, d'ailleurs altéré lui-même, il ne pourra adhérer; si le fragment infecte la plaie primitivement ou tardivement, avant son occlusion ou après, le

même résultat se produira, suppuration et expulsion; enfin si le fragment ne comprend que la couche cornée de l'épiderme, il ne pourra se souder avec les tissus voisins.

C'est très probablement ce qui était arrivé au malade dont Guermonprez donne la curieuse observation comme un argument contre l'hypothèse de la greffe : « Nous avons observé, dit-il, un phlegmon circonscrit de la paume de la main, dont la cause n'avait pu être déterminée. L'ayant ouvert, nous en avons immédiatement retiré un fragment d'épiderme très épais, très blanc comme après une macération prolongée, enroulé sur lui-même dans le sens longitudinal, et dont l'étendue de surface était d'un et demi à deux centimètres carrés.

« Le patient fut très étonné de notre affirmation relativement à l'impossibilité du développement spontané de ce corps étranger.

« Interrogé sur une longue cicatrice distante de 15 millim. de la plaie chirurgicale que nous venions de pratiquer, il se ressouvint, alors seulement, d'une plaie déterminée par un tesson de bouteille et dont la date, qu'il ne peut préciser, remontait à plus de quinze ans. La cavité phlegmoneuse, explorée aussitôt, ne permit de trouver aucun débris de verre. Le pansement de Lister fut appliqué et la guérison obtenue quelques jours plus tard, sans aucun accident notable.

« L'examen au microscope confirma ensuite la nature épithéliale du fragment qui avait causé ce phlegmon. »

Le malade avait 18 ans au moment de l'accident, il était charpentier-menuisier; ne peut-on pas supposer que le fragment épidermique emprunté à la main calleuse de l'ouvrier était uniquement composé des couches cornées, et que bien que toléré par les tissus, il y a séjourné comme un corps étranger, jusqu'au moment où le phlegmon a déterminé son élimination. De nombreuses expériences faites par moi-même autrefois et par d'autres ont montré que pour qu'une greffe épidermique adhère et vive, il faut qu'elle contienne les couches profondes de l'épiderme; l'observation de Guermonprez n'a donc pas dans la discussion présente la valeur qu'il lui attribue.

Si nous réfléchissons aux conditions multiples dont la réunion est nécessaire pour la réussite de la greffe accidentelle, si nous réfléchissons combien il doit être rare qu'un fragment des téguments souvent malpropres de la main soit toléré par les parties profondes, et n'y provoque pas de suppuration, il ne

nous sera pas difficile de comprendre que malgré le nombre incalculable de blessures qui atteignent les doigts, celui des kystes par greffe soit au contraire si petit.

Mais encore faudrait-il démontrer que la greffe peut se faire dans le tissu cellulaire sous-cutané comme elle se produit dans l'œil, et qu'elle peut donner lieu à la production de kystes épidermiques ou de tumeurs perlées; il existe dans la science un bon nombre de recherches sur l'implantation de tissus normaux ou pathologiques, je rappellerai les expériences de Conheim et Maas, de Léopold, de Zahn; mais je me bornerai à vous indiquer celles que Masse a entreprises à la suite du travail de Gross sur les tumeurs perlées des doigts; ces expériences ont été faites sur des rats.

Dans une première série de recherches, l'auteur introduisit dans la cavité abdominale de rats blancs un peu jeunes des segments de membres supérieurs ou inférieurs, des portions de queue, des lambeaux de peau enlevés à d'autres jeunes rats blancs qui venaient de naître. Au bout de deux mois et demi environ, l'on trouvait en ouvrant la cavité abdominale que sur différents points du péritoine, sur le mésentère, sur l'épiploon les greffes étaient transformées en kystes à parois résistantes renfermant un contenu caséeux et jaunâtre; ces kystes renfermaient du pus, de la graisse, des cristaux de cholestérine, des cellules épidermiques et des poils; ils représentaient, d'après Masse, le type parfait de la tumeur dermoïde.

Dans une autre série d'expériences, des lambeaux de peau de jeunes rats nouveau-nés furent introduits dans la peau de rats blancs et l'on vit se former de véritables tumeurs perlées sous-cutanées.

On a reproché à ces expériences d'avoir été faites sur des animaux jeunes, et avec des tissus empruntés à des animaux nouveau-nés, d'avoir été pratiquées dans des conditions trop particulières pour permettre des déductions relatives aux kystes des doigts: je ne conteste pas le fait, mais si l'on veut bien se rappeler que chez l'homme, les greffes épidermiques ou dermo-épidermiques réussissent quel que soit l'âge du sujet greffé et de celui qui fournit la greffe, on sera amené à conclure que ce qui se passe à la surface d'une plaie bourgeonnante ou d'une plaie fraîche, peut aussi bien se passer dans la profondeur, et que la question d'âge est certainement beaucoup moins importante pour la greffe d'épiderme que pour celle d'autres tissus.

La possibilité de la greffe profonde est donc démontrée, mais il est assez singulier de voir cette greffe se transformer en un globe perlé, ou en un kyste clos de toute part; Monoyer avait cru trouver dans cette forme de la tumeur un argument contre la théorie de Rothmund: il faisait remarquer que les greffes faites à la surface d'une plaie s'étendent en surface, sans avoir la moindre tendance à se transformer en masses sphériques pleines ou creuses. Les faits que je viens de citer font tomber cet argument.

Le travail de Kauffmann [1], que j'ai déjà indiqué plus haut, montre aussi qu'un fragment de tégument enclavé sous la peau se transforme peu à peu en une tumeur kystique; l'auteur, cherchant à se mettre autant que possible dans les conditions où se produit l'enclavement embryonnaire, a imaginé l'opération suivante à laquelle il donne le nom d'encatarrhaphie : sur la crête d'un coq, il dessine avec le bistouri un lambeau tégumentaire de forme ovalaire de 5 à 10 millim. de longueur, de 2 à 4 millim. de largeur; puis il ramène par-dessus ce lambeau les bords de la plaie qui sont soigneusement suturés: de cette façon le lambeau se trouve enclavé dans la profondeur, mais il est resté en continuité avec les vaisseaux qui l'abordent par sa face profonde.

En sacrifiant les animaux en expérience à différentes périodes, on voit les bords du lambeau se recourber peu à peu, venir à la rencontre l'un de l'autre par le fait d'une production épithéliale et finalement se rejoindre: alors se trouve constitué un véritable kyste épidermique, un athérome comme dit l'auteur. C'est en étudiant ses nombreuses préparations que l'auteur a reconnu la présence, au voisinage du lambeau enclavé, de plus ou moins nombreuses cellules géantes probablement formées aux dépens de l'endothélium des vaisseaux sanguins: en tout cas les figures que ces amas forment ne peuvent être dues à des altérations glandulaires, aucune glande n'existant dans la région.

Il n'est pas invraisemblable de supposer que chez l'homme la pression brusque d'un instrument demi-mousse puisse parfois refouler dans les parties profondes un lambeau tégumentaire non complètement séparé, et qu'il ne se produise alors

[1] Dr E. Kauffmann, in Bonn. Ueber Encatarrhaphie von Epithel. *Virch. Arch.*, XCVII Band, p. 236. 1884, Berlin.

accidentellement dans un doigt, ce que Kaufmann a obtenu expérimentalement dans la crête du coq.

De tout ce que je viens de dire il me semble résulter positivement que la formation des kystes des doigts s'explique facilement par l'hypothèse de la greffe traumatique, que pour ma part j'adopte sans hésitation pour les cas assez nombreux où un traumatisme a été produit au siège même de la tumeur développée ultérieurement.

Sans oser affirmer qu'il n'existe pas de cas de kystes dermoïdes des doigts ou de la paume de la main, je constate que parmi nos observations il n'en est aucune qui soit démontrée de cette nature.

La présence de papilles dans un cas devrait-elle peut-être faire adopter pour ce fait isolé l'origine embryonnaire? Je ne crois pas impossible de rencontrer des prolongements papillaires même dans un kyste d'origine traumatique, le mode de production des kystes traumatiques étant en somme très analogue à celui des kystes dermoïdes congénitaux ; l'absence de faits plus nombreux doit cependant imposer la réserve, et je considère ce cas comme douteux, jusqu'à nouvel ordre.

Dans le cas où aucun traumatisme n'a été signalé, faut-il rejeter la théorie de la greffe d'une façon absolue? je réponds négativement parce que souvent le traumatisme n'a pas été recherché, parce que d'ailleurs il peut avoir été oublié par le malade, parce que la région y est constamment exposée et plus que tout autre. En un mot, je suis disposé à croire que la théorie de la greffe est la vraie explication des kystes épidermiques des doigts que je viens d'étudier.

En terminant j'ai à me justifier d'avoir réuni dans mes observations les cas de kystes épidermiques proprement dits, et ceux de tumeurs perlées ; j'ai déjà indiqué dans le chapitre de l'anatomie pathologique qu'il existait entre ces deux variétés des transitions ; je vous ai montré depuis que le traumatisme a joué son rôle dans l'une comme dans l'autre, que ces tumeurs ont les mêmes sièges, les mêmes connexions, la même marche, les mêmes terminaisons possibles ; les unes et les autres peuvent suppurer, et pour le dire en passant dans les unes comme dans les autres on trouve ordinairement une cavité centrale remplie de débris épithéliaux, de graisse, de cholestérine ; les expériences sur les animaux ont permis d'obtenir soit des tumeurs perlées iriennes ou sous-cutanées, soit des kystes

épidermiques ressemblant aux kystes dermoïdes. Je me crois donc en droit de ne voir là que deux variétés d'un même processus.

Quant à rechercher pourquoi l'épiderme greffé évolue tantôt d'une façon, tantôt de l'autre, je ne le ferai pas, pour la très excellente raison que je n'en sais rien absolument, on peut se demander si c'est à la constitution du lambeau dermo-épidermique ou épidermique, à sa situation, à sa greffe proprement dite ou à son refoulement que peut-être est due cette différence d'évolution; l'expérimentation et la clinique pourront peut-être répondre plus tard.

Quant à faire des tumeurs perlées des doigts une espèce à part, à les rapprocher comme Gross des épithéliomas perlés, à les séparer des kystes d'apparence dermoïdes, je ne crois pas que cela soit justifié. Les épithéliomas perlés forment d'abord une classe de tumeurs assez mal définie, interprétée de façons variables suivant les auteurs, mais le peu que j'en connais montre que ce sont des productions stationnaires, non progressives comme celle des doigts, solides, sans cavité centrale, formées d'une accumulation de perles épidermiques reliées par un tissu conjonctif dense; il me semble que c'est par une analogie forcée que l'on en a rapproché les tumeurs perlées de l'iris et des doigts simplement à cause de la disposition des cellules épidermiques, aplaties et tassées; faire d'une tumeur ramollie dans son centre, creusée d'une cavité et formée de parois de un, de deux millimètres d'épaisseur, une perle épidermique gigantesque, c'est forcer la comparaison.

Quoiqu'il en soit, les tumeurs perlées des doigts présentent au point de vue étiologique, symptomatologique et pathogénique des rapports si étroits avec les autres kystes épidermiques des doigts que j'ai cru devoir en faire une seule classe de tumeurs.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

F. Rizet. *Archives générales de médecine*. 1866, vol, II. p. 615.

I. — Kyste du doigt indicateur gauche.

En mars 1854, le sieur Schayer du 2me lancier, se présente pour faire examiner son index gauche dont il souffre depuis quelque temps, mais

surtout depuis deux ou trois jours. Au milieu de la face palmaire de la phalangette, grosseur saillante, demi-molle, mobile, d'aspect nacré; depuis longtemps le malade gratte ou enlève au rasoir l'épiderme sur la bosse. R. croit à un abcès à cause de la fluctuation; ponction au bistouri, issue d'une substance analogue à du suif avec quelques grains durs; alors extirpation du kyste à parois assez épaisses, blanchâtres et très lisses, d'un volume à peu près égal à celui d'une noisette, sans connexion avec le fléchisseur. Guérison en deux jours.

(*Ibidem.*)

II. — Kyste de l'éminence thénar de la main droite.

Mitller, sapeur du génie se présente le 19 février 1866 pour une tumeur non douloureuse de la main droite, datant de six mois, survenue sans cause. Entre l'opposant et l'abducteur du pouce, tumeur du volume d'une aveline, ovale, mobile, indolente; mouvement de préhension gênés.

Enucléation facile du kyste sans adhérence avec les muscles. Contenu ressemblant soit à du riz cuit, soit à du suif épais; paroi kystique feutrée assez résistante.

Guérison par première intention.

Muron. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1868, p. 539.

III. — M. Muron montre un kyste dermoïde de la face palmaire de la main, enlevé par M. Trélat à Saint-Louis. Ce kyste développé chez un homme de 40 ans, datait de six à sept ans. Il contenait un liquide puriforme et ses parois, formées de lamelles superposées, le font ressembler à la tumeur perlée, et sont constituées par des cellules épithéliales aplaties entremêlées de tissu conjonctif.

Gillette. *Gazette des Hôpitaux*, 1875, p. 854.

IV. — Jeune fille d'une vingtaine d'années, service de Cruveilhier; tumeur indolente située à la partie antérieure de la deuxième phalange de l'indicateur gauche, datant de plusieurs mois; la tumeur ovalaire occupe toute la longueur de la phalange; elle est saillante, extrêmement dure, très mobile transversalement, elle ne se trouve pas fixée lorsqu'on engage la malade à mettre son doigt en crochet; elle présente une certaine élasticité; Cruveilhier croit à un fibrome, Gillette soupçonne une tumeur liquide. Incision, issue de matière mélicérique. « On avait sous les yeux, dit Gillette, un kyste sébacé dont le siège était quelque peu insolite. »

Billroth. *Chirurgische Klinik*, p. 466.

V et VI. — 2 cas d'athéromes au bout des doigts. Hommes de 23 ans et de 40 ans (citations sans autres détails).

Demay. Étude clinique et histologique sur certaines tumeurs de la main. *Thèse de Paris*, 1880, p. 71.

VII. — M., 44 ans, employé.

Morsure de chien (5 nov. 1879) dans le premier espace intermétacarpien

droit, plaie petite rapidement cicatrisée. Douleur à la pression à ce niveau, puis au bout d'un mois petite saillie dure, faisant corps avec la peau, mobile sur les parties sous-jacentes, elle s'accroît et prend le volume d'un pois. Opération le 10 avril; la tumeur adhérente s'ouvre en incisant la peau et il en sort un liquide assez épais, filant et tenant en suspension des éléments organiques solides. Énucléation du reste de la tumeur.

A l'examen histologique le kyste est formé :

1° De deux ou trois couches de cellules aplaties d'épithélium pavimenteux stratifié, engrenées mutuellement et munies d'un noyau peu apparent.

2° D'une zone très épaisse constituée par du tissu épithélial corné dont les couches les plus internes desquamées, forment au milieu du kyste une bouillie épaisse.

Ibid., p. 73.

VIII. — X..., 22 ans. Il y a deux ans il reçoit un coup de baïonnette à la partie dorsale de l'index droit, au niveau de l'articulation des deux dernières phalanges. Le doigt appliqué en ce moment contre la crosse du fusil est comprimé entre cette pièce et l'arme. La pointe de celle-ci fait à la région dorsale une plaie dont le malade ne peut déterminer ni l'étendue ni la profondeur, il ne peut dire à plus forte raison si l'articulation a été intéressée. Il se souvient simplement qu'il y a eu une plaie, que le chirurgien l'a pansé avec des bandelettes de diachylon et que, au bout de quelques jours, la réunion et la cicatrisation étaient complètes.

Du côté palmaire il se rappelle avoir observé une petite élevure avec une coloration noirâtre ou violacée, ayant, dit-il, l'aspect d'un petit suçon. Depuis lors il a senti une gêne légère quand il appuyait plus ou moins fortement sur la pulpe du doigt.

Apparition d'un petit corps dur, situé profondément dans la pulpe; augmentation de volume, gêne plus grande. Le Dr de Ranse trouve une saillie anormale au-dessous de l'articulation de la dernière phalange formée par un corps dur, arrondi, douloureux à la pression; il est mobile latéralement, moins suivant l'axe du doigt; à la partie latérale de la pulpe du doigt une cicatrice linéaire.

Incision longitudinale profonde à laquelle on ajoute une petite incision latérale, le kyste fait hernie, saisi avec des pinces on le détache des adhérences qui le retenaient particulièrement au niveau de l'insertion du fléchisseur profond. — Le kyste avait le volume d'un gros noyau de cerise; il s'est ouvert pendant la dissection, le contenu présentait une certaine analogie avec celui des ganglions du poignet.

Analyse microscopique : paroi kystique épaisse de 1mm, formée 1° d'une couche externe conjonctive constituée par des faisceaux de tissu conjonctif accolés, à fibres plus ou moins ondulées; par place les faisceaux s'écartent et les lacunes sont remplies d'amas de noyaux.

2° d'une couche interne qui revêt la couche conjonctive à la façon d'un épithélium, sans en présenter la régularité; sur le pourtour de cette couche on rencontre des îlots constitués par une matière amorphe, granuleuse, parsemée d'énormes noyaux; la couche conjonctive envoie aussi dans la couche interne des prolongements infiltrés de nombreuses cellules embryonnaires.

Six mois après récidive sous la forme d'une petite induration non mobile sous la peau; Broca enlève la tumeur avec un lambeau de peau et des tissus qui l'entourent.

Demay trouve cette fois un kyste épithélial sous-cutané; sa paroi est formée de cellules épidermiques formant plusieurs couches, les plus externes crénelées et à noyau volumineux, les suivantes en voie de transformation cornée; le centre de la cavité est rempli de débris épithéliaux provenant de la couche cornée. Autour de ce kyste il rencontre des glandes sudoripares dégénérées, ici des tubes hypertrophiés, là d'autres dégénérées et transformées en amas informes.

Peu après il se reforme une tumeur douloureuse à surface irrégulière comme une verrue; douleurs dans l'avant-bras et le bras, convulsions cloniques de l'index, puis contracture de la main; Gillet de Grandmont la considère comme un névrome, et après avoir tenté divers traitements la détruit par les caustiques; à un moment donné il s'écoule un liquide filant sous l'escarre. Le malade restait guéri en 1880.

R. Thoquart. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1881, p. 52.

IX. — Kyste épidermique de la pulpe du doigt.

Mme X., 45 ans, journalière, tumeur aperçue il y a six mois, siégeant dans la pulpe de l'annulaire droit, non douloureuse, du volume d'un gros pois, dure, mobile sur les parties profondes; l'auteur pense à un fibrome. L'énucléation est faite très facilement, pas d'adhérence; tumeur arrondie, lisse, d'un blanc nacré, formée d'une coque assez mince, renfermant une matière blanchâtre, demi-molle, semblable à la matière sébacée.

Examen histologique par Arnozan. Contenu formé de cellules épidermiques cornées; un fragment de la paroi dissocié se montre composé des mêmes éléments même à l'extérieur; une coupe de la paroi se colore par le picrocarmin en rouge sur les bords, en jaune dans la partie centrale; on distingue sur la coupe des stries parallèles serrées; l'acide acétique gonfle les cellules épidermiques qui constituent exclusivement la paroi.

P. Gibier. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1881, p. 661.

X. — Kyste de la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit.

D. L., 17 ans, garçon marchand de vin; tumeur sébacée à la face palmaire, index droit, deuxième phalange, apparue il y a deux ans; gêne et douleur dues à un petit abcès formé au-dessus de la tumeur; incision de l'abcès; huit jours après ponction de la tumeur grosse comme une noi-

sette; issue de matière blanchâtre rubannée; énucléation de la poche. (Desprès).

Contenu formé de cellules épithéliales plates, sans noyaux, cristaux losangiques. Enveloppe composée de cellules épithéliales à la partie interne, aplaties et tassées comme celles qui forment les couches superficielles de l'épiderme cutané. Pas d'ouverture à la poche, pas de papilles, ni de poils. Le même malade a été opéré il y a 5 ans par Desprès pour un kyste dermoïde de la queue du sourcil.

F. Rizet. *Gazette des Hôpitaux*, 1881, p. 755.

XI. — Kyste dermoïde de l'auriculaire gauche et de la paume de la main.

R..., 22 ans, soldat de la ligne, entré à l'hôpital le 13 janvier 1870, était autrefois forgeron et travaillait le plus souvent de la main gauche. A 19 ans, phlegmon, incisé au milieu du premier espace intermétacarpien. En août 1867 après une piqûre remarque une légère tuméfaction de la partie moyenne de l'auriculaire gauche, face palmaire; le gonflement dissipé apparition à ce niveau d'une tumeur qui s'accroît progressivement, sans douleur; actuellement elle a le volume d'une noisette, peau normale, la tumeur ne paraît pas adhérer au tendon, consistance rénitente en haut, cartilagineuse à l'autre extrémité. — En outre seconde tumeur dans le premier espace intermétacarpien, plus petite, de consistance fibreuse.

Opération : ponction de la tumeur du doigt, issue de matière blanc jaunâtre, d'apparence caséeuse, dissection et ablation de la poche ainsi que de l'autre tumeur. Première tumeur : enveloppe de 3mm, fibres connectives et élastiques ainsi que des cellules épithéliales; dans le kyste corpuscules de graisse et granulations. Deuxième tumeur : enveloppe analogue, pas de graisse ni de détritus granuleux à l'intérieur.

Ibid.

XII. — Kyste dermoïde de l'index droit.

M., ouvrier du génie. Il y a sept mois, à la suite de travaux de force, ampoule suivie de sécrétion séreuse à la place de la tumeur actuelle; quelques mois après celle-ci se développe, face palmaire, indicateur droit. Volume d'un haricot, sensations de mollesse et de fausse fluctuation, peau à épiderme épaissi. — Ablation, paroi mince, translucide, lisse, contenant un tissu feutré à lamelles superposées, véritable tissu épidermique condensé en couches stratifiées au-dessous de la tumeur; pas de connexion avec les tendons.

Réunion par seconde intention.

Ibid.

XIII. — Kyste dermoïde calcaire de l'indicateur droit.

C., 22 ans, soldat de la ligne était employé depuis deux mois comme travailleur auxiliaire du génie; apparition au niveau de la première pha-

lange de l'index droit d'un corps dur, mobile, arrondi, gros comme un pois, il acquiert le volume d'une aveline. Ablation : pas d'adhérences à la peau, mais adhésion assez intime avec le tissu cellulaire de la gaine des fléchisseurs. — Corps lisse, oblong, à grand axe vertical ; face profonde excavée. Une membrane d'enveloppe résistante, d'un demi-millimètre d'épaisseur renferme un corps pierreux à surface irrégulière, comparé à un noyau de pêche, pesant 3,5 gr. — Guérison.

E. Küster. Ein chirurgisches Triennium, Kassel und Berlin, 1882, p. 254.

XIV. — Athérome de la face palmaire du médius, extirpation, guérison.

Willhelm Pohnert, 37 ans, journalier, entré le 21 février 1878, tumeur du volume d'une noisette, de date et d'origine inconnues, phalange moyenne du médius gauche, le gênant dans son travail. Extirpation, guérison. La tumeur se montre comme un athérome en bissac à grand axe transversal, contenant des écailles épidermiques assez sèches et des cristaux de cholestérine.

Ibid.

XV. — Küster connaît un second cas analogue qui lui a été communiqué par le médecin d'état-major Hahn.

Chavasse. *Revue médicale de l'Est,* janvier 1883 et thèse de Micault.

XVI. — Tumeur perlée de l'index.

Ch. V., 22 ans, cavalier, entré le 13 février 1882 ; tumeur dans la pulpe de l'index gauche datant d'août 1881 ; incisée à cette époque, issue d'un liquide blanchâtre. Depuis janvier augmentation de volume, douleur à la pression ; pas de traumatisme à l'origine. A la face palmaire de la phalangette tumeur arrondie, volume d'une bille, résistance élastique, sous-cutanée, mobile sur les parties profondes, légèrement adhérente au derme dans un point limité. Incision, énucléation facile ; un petit lambeau de la poche adhérent au derme par suite de l'incision antérieure est enlevé sans difficulté.

Aspect nacré, chatoyant, surface lisse ; tumeur, sur une coupe, formée de lamelles nacrées, imbriquées à la manière des tuniques d'un bulbe d'oignon, et d'une petite cavité centrale renfermant une matière molle, blanchâtre.

Caractères histologiques, examen fait par Baraban, zone centrale : bouillie formée de cristaux de cholestérine, d'amas de granulations graisseuses, de cellules épithéliales lamelliformes, polygonales libres ou associées en membrane, à noyau ovoïde difficile à reconnaître, se colorant lentement par le picro-carmin. Zone périphérique, ressemblant au premier abord à du tissu fibreux, en couches concentriques ; la potasse gonfle la coupe et fait apparaître les cellules épithéliales cornées dont elle est exclusivement composée ; les plus périphériques renferment toutes un noyau très pâle, difficile à colorer.

Faibles lambeaux de tissu fibreux en plusieurs points de la surface. Guérison.

POLAND. *British medical Journal*, 1883, vol. II, 20 oct., p. 773 (*Pathological Society of London*, séance du 16 oct. 1883).

XVII. — M. Poland montre un kyste sébacé de la face palmaire de l'annulaire chez un homme de 59 ans. Le kyste a été remarqué depuis environ quatre ans, et est devenu gênant par son augmentation de volume ; le kyste était rempli par des cellules épidermiques épaisses mais il n'y avait pas de sac distinct, il le regarde comme sébacé.

GODLEE, *Ibid.*

XVIII, XIX, XX. — M. Godlee a rencontré trois kystes de cette espèce à la face palmaire des doigts, l'un mesurait un pouce de long sur un demi-pouce de large : dans le troisième cas qui s'est présenté récemment, il a remarqué un petit point noir, comme cela est ordinairement le cas dans les kystes sébacés. Néanmoins il ne voit pas comment le développement d'un kyste sébacé dans une pareille région peut s'expliquer.

SAVAGE. *Ibid.*

XXI. — Le Dr Savage dit qu'il y a 23 ans, M. Bryant lui a enlevé un kyste sébacé de l'index ; ce kyste était indubitablement sébacé.

F. TREVES. *British medical Journal*, 1883, vol. II, p. 1123, 8 déc.

XXII. — Treves écrit à propos des cas précédents qu'il a eu dernièrement dans son service au London Hopital un homme de 40 ans environ, porteur au chemin de fer, qui présentait, à la paume de la main à peu près à la terminaison de l'éminence hypothénar et un peu au-dessous du pisiforme, une tumeur kystique à peu près du volume d'une noix. Elle s'était développée depuis trois ou quatre ans. Ablation, énucléation très facile comme elle se fait pour les loupes du cuir chevelu ; kyste sébacé typique d'après l'auteur.

POLAILLON. *Union médicale*, 1884, vol. II, p. 142. Communication à la *Société de médecine de Paris.*

XXIII. — Kyste dermoïde de la face palmaire de la main.

X..., 40 ans, ouvrier en instruments de chirurgie. Apparition il y a deux ans à la base de la première phalange de l'index droit d'une petite tumeur douloureuse par accès ; augmentation de volume, actuellement comme une amande, siégeant sous la peau, épaissie à son niveau et légèrement adhérente ; semble indépendante du tendon et de sa gaine ; sensation d'un ganglion mais tension moindre.

Extirpation, parois minces de quelques millimètres ; contenu analogue à de la cire ramollie, blanchâtre, onctueux.

A l'examen histologique couche de tissu fibreux, serré, revêtu d'un épithélium divisé en deux couches, la première formée de 5 à 6 rangs de

cellules polygonales, dentelées, les plus profondes à granulations d'éléidine; la seconde formée de cellules cornées.

Guérison.

F. Gross. Contribution à l'étude des tumeurs perlées (communication faite à la *Société de médecine de Nancy*, séance du 15 janvier 1884). Les deux observations de Gross sont également publiées dans la thèse de Micault : Des tumeurs perlées aux doigts. Nancy, 1883.

XXIV. — Tumeur perlée du pouce.

A... D..., âgé de 42 ans, entré le 27 janvier 1883. Blessure il y a 24 ans en fendant du bois; un ou deux mois après apparition *à l'endroit même* d'une petite grosseur qui augmente peu à peu et acquiert le volume d'une noix ; d'abord ferme et consistante, non douloureuse ; il y a six semaines elle se ramollit et s'ouvre, écoulement de liquide crémeux peu abondant ; depuis lors pression douloureuse, légère augmentation de volume, usage du doigt impossible.

État actuel : à la face palmaire du pouce droit, partie supérieure de la première phalange, tumeur grosse comme une noix, légèrement adhérente au derme, ulcérée à sa partie saillante, épiderme épais au pourtour ; la tumeur est ronde, égale, élastique, douloureuse à la pression, mobile sur les parties profondes ; articulation intacte, flexion entravée par le volume de la tumeur.

Issue par l'ouverture d'une matière épaisse, blanchâtre, formée de cellules épidermiques cornées, de pus, de graisse et de cholestérine.

Incision cruciale, énucléation, légère adhérence à la peau et à la gaine du fléchisseur. Guérison.

La tumeur s'est vidée; elle se compose de deux zones, l'extérieure formée de tissu conjonctif de nouvelle formation. l'interne vaguement fibrillaire se montre après addition de potasse constituée par des cellules fusiformes, transparentes, accollées les unes aux autres sans noyau ; vers la surface interne dégénérescence graisseuse et fonte moléculaire de ces éléments.

Ibid.

XXV. — Tumeur perlée du médius.

O... J..., âgé de 37 ans, repousseur en cuivre, entré le 4 juin 1883. Il y a six ans se blesse à la face palmaire de la deuxième phalange du médius gauche avec une pointe en cuivre ; il y a dix-huit mois *à l'endroit même de la piqûre* apparition d'une grosseur qui acquiert le volume d'un pois ; en mai 1883 elle devient légèrement douloureuse à la pression, augmente de volume et gêne le travail.

État actuel : sur la face palmaire de la deuxième phalange du médius gauche, tumeur sous-cutanée, volume d'une petite bille, régulièrement ovoïde, résistance élastique, pas d'adhérence profonde, peau normale, pression un peu douloureuse ; flexion du doigt limitée par le volume de la tumeur, articulation intacte.

Au sommet petit point noir, c'est un pertuis par lequel le malade a exprimé quelques jours auparavant un long vermicelle de matière blanchâtre analogue à du fromage blanc.

Opération le 5 juin 1883, pas d'adhérence profonde, énucléation facile, guérison le sixième jour.

La tumeur blanchâtre, est entourée d'une mince couche conjonctive rougeâtre; elle est formée par trois lamelles concentriques et une cavité centrale contenant une matière blanchâtre, molle, caséeuse ; épaisseur des parois un millimètre à un millimètre et demi. Le contenu est formé de cellules cornées, granulations graissense et cholestérine. La paroi sur une coupe formée d'une substance dense, presque hyaline, à stries parallèles ; la potasse fait apparaître des cellules transparentes ; dans la partie moyenne quelques noyaux paraissent avoir subi la dégénérescence colloïde. Des coupes sont faites au niveau du pertuis : les couches profondes de l'épiderme se terminent au niveau du pertuis en pointe émoussée, mais de cette couche profonde part un prolongement très mince, formant une zone de Malpighi qui s'épaissit un peu en s'éloignant de l'épiderme et est constituée dans sa plus grande épaisseur par une couche de cinq à six cellules ; au niveau du pertuis la couche tout à fait superficielle de l'épiderme s'amincit un peu et passe d'un bord à l'autre de façon à constituer là une paroi exclusivement cornée, également très lamellaire. (Examen fait par Baraban).

Ch.-J. Lalitte. Des kystes dermoïdes des doigts, *thèse de Nancy*, 29 juillet 1885. — Obs. de Heydenreich.

XXVI. — Kyste dermoïde de la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit.

F... Sébastien, 36 ans, entré le 24 mars 1885, ajusteur, a constamment le marteau à la main. Il y a dix mois en tenant son marteau, sensation de forte piqûre à la face palmaire, deuxième phalange, index droit ; douleur passagère mais qui reparaît par le fait des pressions ; un mois après environ tuméfaction et dureté de la phalange, apparition d'une petite tumeur qui grossit peu à peu ; il y a deux mois à la suite d'un travail pénible, formation d'une seconde tumeur à la partie latérale interne, même phalange : accroissement plus rapide que pour la première ; douleurs à la pression plus vives, index écarté du médius par la tumeur.

État actuel : tuméfaction des faces palmaire et latérale interne ; peau tendue, rouge et amincie à la face latérale. Sur le milieu de la face palmaire tumeur de 1 c. d'élévation, 2 c. de longueur, 1c.,5 de largeur, résistante, élastique, adhérente au derme, mobile sur les parties profondes, indépendante du tendon fléchisseur.

Seconde tumeur à la face latérale de 1 c. de hauteur sur 3 de longueur et 2 de largeur, moins circonscrite, plus molle, presque fluctuante, adhérente au derme, mobile sur les parties profondes. Douleur à la pression ; sensation d'un liquide épais, grumeleux qui passe avec crépitation de

l'une des tumeurs dans l'autre, par pressions alternatives. Diagnostic kyste dermoïde.

Ablation par l'instrument tranchant, parois épaisses pour la première, plus minces et plus adhérentes pour la seconde qui se rompt, issue de liquide épais, grumeleux; l'extirpation nécessite l'instrument tranchant, guérison par seconde intention. En juin eczéma de la main et de l'avant-bras, un peu aussi à l'autre main et aux jambes.

Examen de la tumeur par Baraban.

Tumeur formée d'une partie sphérique à paroi de 1 mm., couverte à sa face interne de squames, à sa face externe de tissu conjonctif lâche, et d'un prolongement à cavité presque virtuelle, à paroi molle ; contenu du kyste : cellules épithéliales lamellaires à noyau peu apparent ou sans noyau, quelques-unes en transformation colloïde, quelques cristaux de cholestérine et quelques globules de pus.

Paroi du kyste : couche externe formée de tissu conjonctif à fibres parallèles ou entrecroisées ; couche interne épithéliale formée d'une zone profonde de 65 μ contenant 8 ou 10 rangées de cellules granuleuses et rectangulaires à noyau arrondi, puis polyédriques, aplaties à noyau sphérique, les deux ou trois dernières rangées bourrées de granulations d'éléidine, et d'une zone interne ou superficielle représentant une couche cornée de 850 μ ; cellules sans noyau, lamelles épithéliales prêtes à se détacher.

Dans le point où le kyste communique avec son prolongement, l'épithélium est distribué en différentes zones ; cellules cylindriques, puis cubiques, puis polyédriques et dentelées, gouttelettes d'éléidine; épaisseur de cette zone 650 μ ; ensuite zone rappelant le stratum lucidum et le stratum corneum.

A ce niveau la couche fibreuse se limite du côté de la couche épithéliale par une ligne onduleuse, constituant un véritable corps papillaire ; papilles tantôt longues, tantôt courtes et obtuses, la plupart avec un seul vaisseau. Corps ovoïdes en petit nombre rappelant confusément les corpuscules du tact.

Dans le tissu conjonctif feutré sous-jacent traces d'inflammation ; dans les couches les plus superficielles glandes sudoripares aplaties, étalées par la pression du kyste. — « De plus on rencontre çà et là, en pleine paroi, de petits groupes cellulaires disposés les uns à côté des autres, au nombre de cinq à six en moyenne, en traînées longitudinales parallèles à la surface du kyste. Chacun d'eux est formé de trois ou quatre éléments cellulaires, pourvus d'un noyau évident et d'un protoplasma granuleux, et disposés de façon à ménager au centre un petit espace libre. Ils ressemblent pour la plupart à des tubes glandulaires en voie d'atrophie; les noyaux des cellules y sont toujours apparents mais le protoplasma a quelquefois complètement disparu et il devient alors difficile de décider si l'on a affaire à des coupes de vaisseaux tortueux légèrement enflammés, ou bien à des glandes en voie d'atrophie. Les moins nets de ces groupes sont rap-

prochés de l'epithélium kystique et logés, par conséquent, dans la partie la plus dense de la paroi ; les plus nets se trouvent, au contraire, dans les couches les moins denses, de sorte qu'il y a comme une sorte de gradation insensible entre les groupes mal définis de la profondeur et les glandes sudoripares presque normales des parties les plus externes de la paroi. »

Pas de canaux excréteurs s'abouchant dans le kyste, les glandes situées en pleine paroi du kyste ne possèdent des canaux excréteurs dirigés ni vers la peau, ni vers la cavité du kyste. On ne peut affirmer que le kyste possède en propre des glandes sudoripares, on ne peut pas non plus affirmer que les glandes rencontrées dans la paroi n'appartiennent pas au kyste.

Le prolongement du kyste présente une paroi très irrégulière formée de tissu conjonctif enflammé ; dans quelques points seulement on rencontre des cellules épithéliales à sa surface, quelquefois en plusieurs couches, en partie polyédriques, en partie cylindriques, cellules cornées provenant du kyste lui-même.

Ibidem. — Obs. de Kirmisson.

XXVII. — Homme de 50 ans environ, petite tumeur au niveau de la seconde phalange du médius gauche, adhérente à la peau, mobile sur les parties profondes, non transparente ; diagnostic : fibrome. Opération le 8 août 1884 enlèvement de la poche intacte, suites inconnues ; le malade portait une petite tumeur, probablement de même nature, dans la région parotidienne gauche.

Examen par Valude. Contenu : cellules épithéliales sèches, cornées, graisse. Paroi : de dedans en dehors 1° couche épaisse, dure, formée de cellules épidermiques cornées ; 2° corps muqueux de Malpighi formé de quatre ou cinq rangées de cellules dentelées, un peu aplaties, les plus rapprochées de la couche cornée à granulations d'éléidine, pas de papilles ; 3° tissu conjonctif assez peu épais ; 4° couche de tissu fibreux épais et dense, très fortement coloré en rose par le carmin et qui forme à la tumeur une capsule résistante.

F. Villar. *Bulletin de la Société anatomique de Paris,* 1885, p. 544 et F. Guermonprez. Kystes des doigts, Paris 1886 [1].

XXVIII. — D..., Alfred, menuisier, entré le 11 décembre 1885, service de Richet. En 1877 main gauche prise dans une machine, plaies superficielles. Il y a environ deux ans il découvre une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle à la racine de l'auriculaire gauche, face palmaire ; augmentation graduelle, élancements le long du bord cubital de

[1] Le résumé que je donne est tiré de l'observation de Villar publiée par Guermonprez et reproduite de la *France médicale,* 15 avril 1886, p. 522. Je n'ai pu me procurer ce journal.

l'avant-bras ; il y a sept ou huit mois elle acquiert le volume d'une aveline.

État actuel : deux tumeurs, l'une à la face palmaire, du volume d'une aveline, plus près de la commissure que du bord interne, l'autre plus petite, allongée, comparée à un petit haricot, siège dans la partie de la commissure qui répond à la face externe de l'auriculaire. Consistance élastique, mobilité sur les parties profondes ; épaississement de la peau sur la tumeur palmaire. Diagnostic incertain. Opération le 15 décembre 1885, dissection ; adhérences à la gaine des fléchisseurs ; la tumeur est ouverte, issue d'une matière épaisse, blanchâtre, présentant les caractères de la matière sébacée s'échappant d'une loupe. — Guérison en quatre jours.

Paroi kystique formée de tissu conjonctif, pas de revêtement épithélial, ce qui serait dû à ce que la pièce a été examinée un peu trop tard et qu'elle a séjourné trop longtemps dans l'alcool.

Fr. Guermonprez (de Lille). Kystes des doigts, Paris, J.-B. Baillière, 1886.

XIX. — Dub., Alphonse, âgé de 21 ans, forgeron, se plaint en mai 1883 d'une grosseur située à la face palmaire, phalange unguéale de l'index gauche. Pas de cause ; début de la tumeur il y a quatre ou cinq mois, accroissement, gêne et sensibilité à la pression. Légère teinte rosée de la peau, pas de transparence, tumeur sphéroïdale, aplatie d'avant en arrière mobile, pas d'adhérence aux os ni aux tendons, mais quelques connexions avec la peau ; consistance dure, rénitente non fluctuante. Le malade réclame une incision et ne veut pas accepter autre chose ; issue de matière blanche, butyreuse, grasse. Guérison en six jours.

Huit jours après, panaris à la suite d'un coup ; issue au milieu du pus d'un kyste sphérique du volume d'une petite cerise.

En 1884 la tumeur s'est reproduite, incision, issue de la même matière, énucléation de la paroi kystique, facile, cautérisation. Guérison en quinze jours.

Examen par Toison. Contenu : cellules cornées lamelleuses, ni poils, ni granulations graisseuses, ni cristaux (pièce conservée dans l'alcool). Paroi : structure de l'épithélium cutané, stratum de Malpighi à éléments cylindriques presque cubiques, à noyaux sphériques, volumineux, puis cellules polygonales, aplaties et revêtement corné épais. Pas de couche conjonctive, pas de trace d'espaces interpapillaires.

Diagnostic anatomique : kyste épidermique.

Poulet. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, tome XII, 1886, p. 460. Des kystes dermoïdes acquis.

XXX. — X..., cavalier de remonte entre en nov. 1885 au Val-de-Grâce. Tumeur du volume d'une noisette, arrondie, saillante, ferme, élastique, rénitente, soulevant la peau de la main droite dans son centre sur le trajet de l'arcade palmaire superficielle ; paraît adhérente à la peau

et à l'aponévrose mais non aux tendons ni à leur gaine ; petite tache lisse comme une cicatrice à son niveau. Il y a un an s'est enfoncé un clou dans la paume de la main en tombant sur une planche. Quelque temps après apparition au niveau de la cicatrice d'une tumeur qui a grossi peu à peu. Diagnostic : kyste dermoïde. Opération, tumeur circonscrite par deux incisions curvilignes, dissection, la tumeur est ouverte, issue de matière sébacée, blanc jaunâtre, épaisse. On constata qu'elle sortait d'un petit prolongement sous-aponévrotique de la tumeur qui fut gratté et lavé à la solution phéniquée forte.

Guérison par première intention. Pas de récidive.

Examen de la tumeur : contenu, cellules d'épiderme; membrane kystique formée de trois couches 1° couche conjonctive feutrée, pas de glandes sudoripares, épaisse, uniforme; 2° couche formée par un corps muqueux de Malpighi; quatre ou cinq rangées de cellules épithélioïdes crénelées, les plus profondes à éléidine, pas de festons, mais en deux points éperons saillants; 3° couche cornée épaisse. La peau qui recouvre la tumeur en est indépendante; ses glandes sudoripares s'ouvrent à la peau par des tubes très longs. Pas de cicatrice proprement dite.


24ColorCard
CameraTrax.com